

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Fernanda Fudissaku

**Sobre as entrevistas: a escuta para a fala dos pais na
clínica de linguagem.**

MESTRADO EM LINGÜÍSTICA APLICADA E ESTUDOS DA LINGUAGEM

SÃO PAULO

2009

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Fernanda Fudissaku

**Sobre as entrevistas: a escuta para a fala dos pais na
clínica de linguagem.**

MESTRADO EM LINGÜÍSTICA APLICADA E ESTUDOS DA LINGUAGEM

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Prof^a. Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes.

SÃO PAULO

2009

Banca examinadora

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução parcial ou total desta dissertação por processos de fotocopadoras ou eletrônicos.

Assinatura: _____

Local e data: _____

*Aos meus pais, Hédio e Tânia,
Que me seguiram dos primeiros rabiscos
até o beabá...*

AGRADECIMENTOS

A Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes pela orientação competente e cuidadosa, pela dedicação, paciência e carinho durante a realização deste trabalho. Pela presença, que vai além da orientação, importante em minha formação e escolhas. Foi em suas aulas de Avaliação de Linguagem que tudo começou! Foi através de sua fala encantadora que me envolvi com a clínica de linguagem. Obrigada por me acompanhar neste percurso e sempre me incentivar, sem a sua presença, não chegaria até aqui.

A Dra Maria Francisca Lier-DeVitto pela valiosa contribuição no exame de qualificação, que foram fundamentais para proporcionar uma nova direção ao trabalho. Para além da presença na banca, agradeço por todos os ensinamentos essenciais para minha formação. Minha admiração pelo seu trabalho competente e por sua alegria contagiante, sempre me impulsionaram a seguir este caminho. Mais do que isso, obrigada por mostrar caminhos que foram essenciais para que pudesse vencer alguns “obstáculos” durante meu percurso.

A Dra. Suzana Fonseca pela leitura cuidadosa e pelas pontuações importantes para iluminar a finalização deste trabalho. Obrigada pela presença constante em minha formação, essencial para as minhas escolhas, foi em suas aulas e supervisões que me apaixonei pela clínica de afásicos. Obrigada pelo carinho e pelas palavras amigas, que me ajudaram em momentos difíceis e de conquistas. Impossível dizer em poucas palavras o quanto você me inspira!

A Dra. Sônia Araujo pela presença no exame de qualificação, sua leitura e pontuações foram decisivas para este trabalho. Obrigada pela presença em minha formação, pelo carinho e dedicação, suas aulas e supervisões foram essenciais para encaminhar as questões presentes nesta dissertação.

As queridas professoras e amigas Lourdes Andrade (Tati) e Roseli Vasconcellos, pelos ensinamentos e pela escuta para minhas questões clínicas. Mais do que isso, por serem pessoas maravilhosas que eu admiro muito!

Às profissionais que participaram da minha formação: Viviane Orlandi, Luciana Carnevalle, Mariana Trenche, Rosana Landi, Milena Trigo. Muito obrigada!

Aos novos amigos do LAEL: Bizio, Anna, Claudia Pollônio, Tatiana Dudas, Regiane e a “novata” Caroline. E as “velhas” amigas do Grupo de Pesquisa: Carolina Guadagnoli, Ciça, Evelin Tesser, Claudia Tumiate e Claudia Cerqueira. Especialmente a Dani Spina e Melissa Catrini, pela participação em minha formação e também em questões “extra-curriculares”!

A Cida e a “turma” do Núcleo de Formação em Clínica de Linguagem: Cibeles, Mari, Larissa, Fabi, Carol, Ligia, Simone, Janaína, Marcelo e Vanessa. Obrigada pelos momentos de reflexões e de alegria.

A Mariana Emendabili, por suas 1001 utilidades: amiga, prima, sócia, ouvinte, falante, etc. Obrigada por estar ao meu lado sempre, por compartilhar comigo todos os momentos alegres e difíceis, por sempre me incentivar e por me ver de uma forma, que muitas vezes eu não me vejo.

A Milena Marchiori amiga e companheira neste percurso. Obrigada pela ajuda na correria final, por estar presente em toda a realização deste trabalho, por dividir cada alegria e tensão e pela nova amizade que já ultrapassou este momento!

Aos meus pais por estarem sempre ao meu lado, incentivando e apoiando as minhas escolhas. Obrigada por permitir a realização dos meus sonhos!

A Camila, minha irmã querida, pelo laço que nos une e pela distância que me fez crescer.

Ao Pietro que encontrei no meio do caminho, pelo amor, por estar sempre ao meu lado, por agüentar meu mau humor e por me mostrar que não estou sozinha.

A Lygia, essencial em minha vida, pelas palavras que sempre me fizeram mais forte. Ao Rafael por aceitar minhas “desculpas” e a Mariana Campos (quase da família), irmã que eu escolhi, pela grande amizade por todos esses anos e pelos momentos de descontração.

As “Onas” e “Ôes”, primeira e segunda geração, que construíram e constroem “pedaços de mim”. Agradeço ao Alê, pela ajuda com o abstract, muito mais do que isso, por ser meu primo mais velho, sempre um exemplo a seguir. Aos meus tios e tias, em especial a tia Hilda pela ajuda com a revisão e por ser uma tia sempre dedicada e carinhosa comigo e com toda a família. E também a tia Silvia que acolheu muitas angústias nesse caminho.

A avó Cida sempre presente e a avó Maria e avô Roberto também sempre presentes, mas em suas ausências.

As eternas “Super-P’s”, amigas Fono-Puc, sempre presentes com muita alegria! Obrigada por entenderem minha ausência. E também a Giselle (mais uma vez), Luiza e Priscila pelos poucos encontros, mas indispensáveis!

A Adriana, Viviane, Mariana (e Ritinha), Sabrina, Flávia, Rose e Takeuchi, agradeço a amizade que há muito tempo resiste à distância, pois, “quando há afinidade, qualquer reencontro retoma a relação, o diálogo, a conversa, o afeto, no exato ponto em que foi interrompido”.

A Elaine pela revisão e pela nova amizade. E a família Tomaselli pelos alegres almoços de domingo!

Ao João pela paciência e dedicação que atende os meus pedidos na biblioteca. Obrigada pela amizade e carinho.

Ao CNPq, pela bolsa concedida que viabilizou a realização desta dissertação.

RESUMO

Esta dissertação trata das entrevistas com pais na clínica de linguagem que envolve o atendimento de crianças, nela coloco em discussão a escuta do clínico para a fala dos pais. O ponto de partida foi um levantamento bibliográfico, a partir dele tracei um breve panorama histórico, para discutir como o tema tem sido tratado na Fonoaudiologia. Constatei que a discussão teórica relativa ao lugar que pais ocupam na clínica fonoaudiológica é caracterizada pelas aproximações a outros campos, a saber: Medicina, Psicologia e Psicanálise. Aproximações inadvertidas, uma vez que fragmentos de discursos teóricos e procedimentos são “incorporados” pela Fonoaudiologia sem que se considere a especificidade de sua atuação. Após tal constatação, procurei realizar uma aproximação cuidadosa à clínica psicanalítica, para estabelecer distinções entre a clínica de linguagem e psicanalítica e, também, assinalar lugares que surgiram como possibilidade de encontro. Por fim, apresentei três casos clínicos, em que as entrevistas com pais me tocaram de modo especial. Procurei movimentar uma reflexão sobre a função das entrevistas e sobre a escuta do clínico de linguagem para a fala dos pais a partir de uma posição teórica bem delimitada. Esclareço que esta dissertação é fruto de minha inserção no Grupo de Pesquisa **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem** (LAEL/PUCSP-CNPq), coordenado pelas Prof^{as} Dra Maria Francisca Lier-DeVitto e Prof^a Dra Lúcia Arantes.

Palavras-chave: entrevistas, clínica de linguagem, Fonoaudiologia, escuta para a fala dos pais.

ABSTRACT

This dissertation refers to interviews with parents in the language clinic, comprehending the children treatment. It debates the listening of the therapist to the parents' speech. The starting point of this work was a bibliographic research; from this research it was raised a historic view, to provide foundation to the discussion of the subject into the speech-language pathology environment. It was identified that the theoretical discussion on the position the parents take inside the speech language clinic is defined by the approach of other study fields: Medicine, Psychology and Psychoanalysis. Inadvertent approaches though, once fragments of theoretical discussions and procedures are incorporated by the speech language pathology study, without taking into consideration the specifics of its main function. Considering this argument as a fact, this study made a careful approach to the psychoanalytic clinic, in order to establish distinctions between language clinic and psychoanalytic clinic, and also point out positions that appeared to be possibly common. Finally, three clinical cases were presented, chosen by the author's interest to the parents' interview. The study strove to raise a debate about the function of the interviews and the listening of the language clinic professional to the parents' speech, based on a well limited theoretical position. This dissertation was accomplished thanks to the author's insertion into the *Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem (LAEL/PUCSP-CNPq)*, coordinated by Prof^a Dra Maria Francisca Lier-DeVitto e Prof^a Dra Lúcia Arantes.

Key words: interviews, language clinic, speech-language pathology, listening to parents speech.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 O LUGAR DOS PAIS NA CLÍNICA FONAUDIOLÓGICA: UM BREVE PANORAMA HISTÓRICO	16
2.1. OS EFEITOS DO ENCONTRO COM A CLÍNICA MÉDICA.....	17
2.2. OS EFEITOS DO ENCONTRO COM A PSICOLOGIA	21
2.3. OS EFEITOS DO ENCONTRO COM A PSICANÁLISE.....	31
CAPÍTULO 2 A CLÍNICA PSICANALÍTICA COMO POSSIBILIDADE DE ENCONTRO	44
CAPÍTULO 3 SOBRE AS ENTREVISTAS NA CLÍNICA DE LINGUAGEM COM CRIANÇAS	63
EDUARDO	70
CAIO.....	85
NÉLIO	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118

INTRODUÇÃO

As entrevistas com pais na Fonoaudiologia é um tema que desde a graduação, ainda no início de minha atividade clínica, causou-me inquietação. Talvez porque meu percurso tenha sido peculiar, quer dizer, o modo como esta questão foi encaminhada no atendimento de um de meus primeiros pacientes, levou-me a interrogar sobre o sentido desta prática. Relato brevemente, os acontecimentos relativos ao processo terapêutico de dois meninos que foram determinantes, para que mais tarde eu viesse a formular as questões que pretendo abordar nesta dissertação.

Silvio¹ era uma criança de dez anos quando o conheci; ele já vinha sendo atendido havia dois anos na DERDIC². O diagnóstico que constava em seu prontuário era o de “distúrbio articulatorio”³. No início do processo, convoquei seus pais para a entrevista inicial, entretanto eles não compareceram. Em seu lugar, mandaram o irmão mais velho. Este iniciou seu relato dizendo que Silvio era “tranquilo e inteligente” (*sic*), descreveu as alterações fonêmicas do irmão e comentou que Silvio não se incomodava com isso, que tal dificuldade não o atrapalhava em nada, já que ele tinha muitos amigos e não tinha problemas na escola. A entrevista foi breve e, vejo hoje, teve como função apenas marcar a mudança de terapeuta. Com essa entrevista, pude confirmar as informações já obtidas, através dos relatórios relativos ao trabalho realizado pelos estagiários que o haviam atendido anteriormente. Neles era possível ler: “Silvio é ótimo [...] faz a terapia sozinho” (*sic*). Os elogios e a facilidade na lida com o paciente marcavam todos os textos sobre ele. De certo modo, insistia nos dizeres sobre Silvio, um apagamento do efeito sintomático

¹ Trata-se de um nome fictício

² Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação.

³ Sobre a polêmica relativamente a este “rótulo” ver Faria (1995 e 2004) Hütner (1999) Benine (2001) Trigo (2003) e Marchiori (2009)

que as alterações na fala produziam. No ano anterior, ele quase havia tido alta, porém decidiram esperar, pois as trocas fonêmicas costumavam melhorar durante o atendimento, mas voltavam após o período de férias, ou seja, a manifestação sintomática insistia.

Naquela ocasião, afetada por tudo que havia escutado em aulas teóricas, tinha uma expectativa de que as entrevistas seriam fundamentais e de que, através delas, poderia apreender algo sobre a natureza dos sintomas que, de algum modo, seria determinante na condução das sessões com a criança. No entanto, essa ilusão foi desfeita, pois o que havia sido dito na entrevista, o que lia nos relatórios era incompatível com os efeitos que a fala de Silvio produziam em mim. Mais do que isso, incomodava-me a insistência do sintoma de Silvio, um menino sempre apresentado como “uma criança ótima”. Mas a situação de entrevista em nada pôde esclarecer as questões que me afetavam.

Silvio era capaz de produzir todos os fonemas, era difícil entender por que as substituições persistiam. Não se tratava de uma inadequação dos órgãos fonoarticulatórios, via de regra, utilizada para explicar tais dificuldades, também não parecia haver nada em sua história (pelo menos nas versões relatadas) que pudesse responder por esse sintoma. Digo isso, pois, naquela época, acreditava que algo no relato dos pais sobre a história da criança pudesse justificar o sintoma na fala, ou seja, esperava escutar uma história com algumas complicações e adversidades que pudesse explicar suas dificuldades, ainda que não houvesse nenhuma menção a esse respeito nos relatórios que examinei antes de iniciar o atendimento.

Na realidade, em função de minha inexperiência, a entrevista com o irmão frustrou minha expectativa, mas a ausência dos pais não inviabilizou o atendimento. Apesar do apagamento desta instância do processo terapêutico, o tratamento teve início e pude perceber mudanças na fala de Silvio ao longo do processo terapêutico.

Isso, aos poucos, me fez questionar, então, qual teria sido a função da entrevista nesse atendimento. Seria ela prescindível em alguns casos? Entretanto, apesar de pensar sobre a insistência das dificuldades articulatórias, e de não entender porque sempre após as férias ele tinha uma “recaída”, naquela ocasião não pude formular uma questão, que me levasse a pensar nas entrevistas com pais, como possibilidade de um encaminhamento diferente para o atendimento. Apaguei o abismo entre a teoria e a prática e passei a tratar o distúrbio articulatório de Silvio, que não teve alta enquanto esteve comigo. Posso dizer que esse caso foi o embrião desta pesquisa.

Posteriormente, já formada, as entrevistas com pais insistiam em me inquietar. Percebia a complexidade envolvida nessa instância clínica e mesmo tendo realizado um trabalho de iniciação científica⁴ sobre o tema, a clínica colocava novos impasses. Percebi, enquanto realizava um curso de aprimoramento⁵, que a entrevista no atendimento de crianças não poderia ficar restrita a um encontro, a entrevista deveria ultrapassar o “momento inaugural”. Com o atendimento de Gustavo, um menino de quatro anos, com diagnóstico de “atraso de linguagem”, pude ressignificar a questão das entrevistas. Se não foi possível ultrapassá-las, consegui entender sua importância e a complexidade envolvida na clínica com crianças. Uma relação entre o que havia escutado no âmbito da teoria passava a dialogar com o fazer clínico.

Gustavo era um menino que, nos primeiros meses de vida, teve um importante problema cardíaco, que parece ter sido determinante da relação intensa estabelecida entre a mãe e a criança. Na entrevista, observei que, para a mãe, contar a história de Gustavo significava relatar sua doença cardíaca, o longo período de hospitalização e os diversos atendimentos aos quais ele fora submetido.

⁴ Sobre as entrevistas: o fonoaudiólogo e a escuta para a fala dos pais (2004), sob orientação da profª Dra Lúcia Maria Guimarães Arantes, CEPE.

⁵ Curso de Aprimoramento: “A questão da escuta na clínica de linguagem: distúrbio articulatório, retardo de linguagem, distúrbio de leitura e escrita” realizado no Serviço de Patologia de Linguagem da Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (DERDIC-PUC/SP).

Fato em si que não me parece surpreendente, afinal o risco de vida fez uma marca importante na história da criança⁶. O problema é que sob a ótica da mãe, sua história aí se encerrava, quase nada parecia ser relevante; os acontecimentos na ocasião do nascimento faziam com que ela só pudesse olhar para Gustavo, a partir da perspectiva da doença, já em grande parte superada.

O rumo da entrevista inicial foi afetado pelo fato da criança ter apresentado, como seqüela da intubação durante as cirurgias, uma alteração nas pregas vocais que a mãe associava ao fato de Gustavo não falar. Seqüela que já havia sido superada, a criança não mais apresentava qualquer alteração vocal. Outro fato que chamou minha atenção nesta entrevista foi a mãe mencionar que o filho precisava de uma escola para deficientes. Impossível não interrogar se ela pensava nos efeitos produzidos pela doença, ou se supunha que houvesse uma escola para criança com problemas cardíacos, que insisto, embora já superado objetivamente, era presença constante no imaginário da mãe. A doença cardíaca do filho servia como justificativa para os entraves enfrentados: a dificuldade de separação entre eles e a proteção excessiva da família. A dificuldade de matriculá-lo em uma escola era superdimensionada, havia sempre um obstáculo colocado pela mãe. Foi necessário um longo caminho para que as entrevistas ganhassem nova configuração.

Marcamos outra entrevista e insisti na necessidade de matriculá-lo na escola; ela falou de suas dificuldades financeiras, que não confiava nas escolas públicas e que o tratamento fonoaudiológico era prioritário, pois era fundamental para que ele pudesse falar e se desenvolver. Apontei para a dificuldade que ela parecia ter de se separar de Gustavo, mas como se não tivesse escutado, ela falou que não queria pedir ajuda financeira para seus parentes e que todas as escolas tinham escadas perigosas. Cabe assinalar que ele não tinha qualquer problema motor e seus problemas cardíacos não haviam deixado seqüelas.

⁶ Sobre o tema dos bebês de risco ver Girardi (2008)

Quanto ao atendimento, Gustavo no ano anterior, durante o processo de avaliação de linguagem, precisou que sua mãe o acompanhasse em todas as sessões comigo. Depois da primeira sessão, passou a entrar sem dificuldade. No entanto, a relação entre mãe e criança, de algum modo, ainda me chamava atenção.

Outro ponto relevante, que tive conhecimento através da tesouraria da instituição, é que o pagamento das sessões estava atrasado havia vários meses. Após uma sessão de supervisão, pude perceber que esse fato poderia estar ligado ao atendimento e às questões abordadas com a mãe: a dificuldade que ela teria para separar-se do filho e colocá-lo na escola. Senti necessidade de marcar nova entrevista com a mãe, pois julgava necessário não apenas abordar a questão financeira, mas fazer com que ela pudesse escutar o que eu tinha a dizer sobre os efeitos da impossibilidade de separação entre ela e Gustavo, sobre os efeitos da doença cardíaca e o modo como ela o apresentava: um menino frágil, doente, que não podia ser contrariado. Quando acordamos uma data e horário para a nova entrevista, pedi que ela não trouxesse Gustavo, o que não aconteceu. Tive a sensação de que ela pretendia evitar nosso encontro e decidi realizá-lo na presença da criança. Embora ela aparentemente tivesse concordado com minhas pontuações, havia sinais de que ela era resistente.

Discutimos a questão do pagamento, parcelamos os valores atrasados, mas surpreendentemente, quando indaguei a mãe sobre o que havia motivado o atraso nas mensalidades, ela agiu como se não precisasse dar continuidade ao assunto, pois as questões práticas estavam resolvidas. Tentei mostrar a ela, a possível relação entre o atraso e o envolvimento com o atendimento do filho, porém ela se esquivou ainda mais a partir de minha fala. No final da sessão, contou que decidiu colocar Gustavo na escola, pois foi convencida pelos profissionais que o atendiam. Percebi que havia ali um cruzamento de fatos: colocar na escola contra sua vontade e deixar de pagar pelo tratamento, que no início era prioritário; não pude desdobrar o tema naquela ocasião e encerrei a entrevista.

Curiosamente, na sessão seguinte à entrevista Gustavo não entrou na sala de terapia sem a mãe e esse acontecimento persistiu de forma oscilante. Chamou-me a atenção, que após nossa última conversa que envolveu um profissional do Serviço Social, ela continuou sem pagar a Instituição, pois “mandaram colocar o menino na escola” (*sic*) e não seria possível arcar com os dois compromissos. Porém, paradoxalmente, ela adiou a entrada na escola, e disse ter conseguido vaga numa EMEI para o ano seguinte. Ressalto que ela, no início, falou de forma veemente contra a hipótese de matriculá-lo em uma escola pública. O tratamento de Gustavo começava a correr perigo, ainda que na ocasião isso não estivesse tão claro para mim.

A partir daí, o atendimento foi marcado por muitas faltas e pela dificuldade de Gustavo entrar na sala, por isso foram realizadas outras entrevistas. Paradoxalmente, nessa ocasião, uma modificação discreta ocorreu na escuta da mãe, quando ela relatou como se sentiu quando Gustavo foi para a escola: ele não chorou, mas ela sim. Nossa conversa mudou de direção, ela passou a falar sobre a relação dos dois dizendo que eles eram “grudados” e que ela algumas vezes sentia-se “paranóica”, pois tinha muito “medo de perder” Gustavo devido a sua história. Ela oscilava, assumia que havia um exagero, algo que excedia a realidade e que precisava ser modificado, mas em seguida justificava-se e recuava: “é um exagero de mãe normal” (*sic*).

Muitas outras questões apareceram, ela passou a falar de si, de como se sentia com a interferência da família com relação à educação de Gustavo e, também, como seu papel de mãe estava sempre sendo colocado em questão. Considerei um progresso, mas confesso que sequer pensei, que também eu colocava em xeque suas possibilidades de conduzir a educação do filho. Sentia apenas que, muitas vezes, eu não sabia lidar com o que escutava, silenciava em função de minha impossibilidade de assumir uma posição frente à fala da mãe.

Em uma nova entrevista, subitamente, a mãe disse que a relação entre ela e o filho gerava muito sofrimento e angústia. Esse “desabafo” foi uma novidade, já que ela jamais havia feito

qualquer queixa sobre ele. Perguntei se ela precisava de ajuda de outro profissional, com quem ela pudesse falar com maior frequência e que pudesse escutá-la de outra posição. Ela respondeu prontamente que não queria ser atendida por um psicólogo, pois tudo aquilo era natural. O fato é que as faltas intensificaram-se e já não eram sequer justificadas, até que, finalmente ela interrompeu o atendimento sem entrar em contato comigo e com a instituição.

Apesar do andamento tortuoso do atendimento de Gustavo, retroativamente pude reconhecer, a partir deste caso, a importância das entrevistas na clínica de linguagem com crianças. Ao contrário do que ocorrera em minha experiência com Silvio, em que elas pareciam relativamente dispensáveis, entendi que refletir sobre as possibilidades de manejá-las era questão de extrema relevância e deveria ser enfrentada. Aliás, foi possível até mesmo pensar sobre meu percurso e ressignificar o atendimento de Silvio e a trajetória do próprio Gustavo.

É certo, que se de um lado consegui tocar em alguns pontos: deslocá-lo da posição de deficiente, apontar para a dificuldade da mãe separar-se do filho, acenar para a relação entre o atraso no pagamento e as questões que vinham sendo abordadas nas entrevistas. Por outro lado, jamais me interroguei sobre a possibilidade de estar culpando a mãe, assim como alguns membros de sua família pelas dificuldades de Gustavo. O mesmo vale para o modo como foi realizado o encaminhamento para o atendimento psicológico que, mais uma vez, colocava nela a necessidade de ser tratada para poder “educar seu filho”, o que de certo modo reforçava o que se dizia na família sobre sua insuficiência na realização da função materna. Também não pude perceber que quanto mais a mãe podia falar sobre si, maior era sua resistência em trazer Gustavo para as sessões e maior a dificuldade dele em entrar na terapia. Fica em suspenso o efeito de ter aberto espaço para a mãe falar de si, ela produziu uma fala que não pôde ser acolhida como deveria.

Não se trata de julgar o modo como pude conduzir essa situação. Muito poderia ser dito a esse respeito, mas o importante é que a sensação de “fracasso” fez com que eu interrogasse o que poderia ter sido feito, isto é, quais os limites do clínico na lida com pais na clínica de linguagem. Durante aquele período, pude apreender muitos dos elementos que estavam em jogo no tratamento de Gustavo, mas tinha dificuldade de assentar uma posição. Toquei questões importantes e recuei quando a mãe de Gustavo poderia continuar. Não descarto a possibilidade de que questões pessoais fossem impeditivas, mas considero que a relação com pais na clínica de linguagem tem uma configuração pouco precisa em nosso campo de atuação, embora, como veremos adiante, muito já se tenha dito a esse respeito.

As entrevistas me pareciam essenciais ao atendimento, mas para encaminhá-lo de modo a produzir mudanças na fala de meu paciente, era necessário algo mais do que duas sessões semanais podiam oferecer. No entanto escutar a fala da mãe significava correr riscos, e, no caso de Gustavo, isso colocou em risco o próprio tratamento.

Assim, este caso me fez indagar sobre o limite para a clínica de linguagem, no caso das entrevistas. Repito que características pessoais estavam em questão, mas o fato é que na história da Fonoaudiologia, em função do seu modo de relação com outros campos, instituiu-se inicialmente, uma instância clínica inicialmente ligada ao modelo médico – as anamneses, que buscavam o histórico da doença e sua causa. Em seguida, criou-se um modelo híbrido em que acoplava ao raciocínio médico o discurso da psicologia e, finalmente, houve uma adesão inadvertida à Psicanálise. Assim, minha formação foi marcada por todos esses textos e foi necessário um longo percurso e minha inclusão no Grupo de Pesquisa: **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**, coordenado pela professora Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, para que eu pudesse encontrar um espaço para enunciar as questões, que pretendo abordar nesta dissertação.

A “perspectiva psicanalítica” hegemônica no discurso da Fonoaudiologia da PUC/SP, amplamente divulgada nos anos de minha graduação, nunca me atraiu e, por isso, não pretendi, em nenhum dos casos que atendi, buscar, a partir das entrevistas, respostas para o sintoma na fala, posição que era freqüente na ocasião em que me formei. Ouviam-se afirmações tais como: “a pouca oralidade parece ser uma formação substitutiva para a ausência do seio materno” ou o problema deve-se “à construção de uma relação simbiótica entre pai e filho”⁷, respostas que além de apagar a especificidade da clínica de linguagem, não se articulavam de modo algum com o encaminhamento da atividade clínica.

Construir uma hipótese psicanalítica para o suposto problema, nada pode oferecer à tentativa de especificar a natureza do atendimento do clínico de linguagem. Minha aproximação à Psicanálise se deu a partir de uma reflexão particular desenvolvida no Grupo de Pesquisa **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**, que entende a relação entre campos a partir da noção de alteridade, modo necessário para que a clínica de linguagem não perca sua singularidade.

Foi no trabalho de Arantes (2001), pesquisadora deste projeto, que encontrei a possibilidade de nomear as inquietações impostas pela clínica, especialmente as que dizem respeito às entrevistas. Acompanho a pesquisadora, quando afirma que o que está em jogo no início do tratamento, entre outras coisas, é o fato dos pais autorizarem (ou não) sua continuidade. Enunciar a queixa ao fonoaudiólogo não é suficiente para este dar início ao tratamento. E mesmo que o tratamento prossiga, o caso de Silvio parece indicar que algo se perde, pois apesar dos ganhos, há obstáculos que não são superados e que parecem impedir o movimento do paciente, ou como no caso de Gustavo levam à interrupção do atendimento.

⁷ Trechos da interpretação de duas entrevistas com os pais na clínica fonoaudiológica, se aproximando da Psicanálise. Dissertação de Mestrado: Ieto, V. *Demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: Era uma vez a queixa...*, 2005.

Entende-se por que Arantes (ibidem) enfatiza a necessidade de que os pais possam formular um pedido de ajuda ao clínico, supondo que este seja capaz de transformar a linguagem de seu filho. Esta é condição fundamental para a manutenção e sustentação do tratamento. Para ela, as entrevistas envolvem uma escuta clínica que leva ao estabelecimento da transferência⁸, configuração que autoriza a avaliação de linguagem. Embora a afirmação contundente da autora possa ser relativizada, entende-se a relevância das entrevistas para a clínica e que sua função ultrapassa em muito a história da doença.

Assim, como prossegue a pesquisadora, cabe ao clínico escutar a fala dos pais e interrogar se eles realmente estão implicados no tratamento de seu filho. Trata-se de considerar o modo como eles investem no processo terapêutico, pois muitas vezes a criança vem encaminhada por outros profissionais e não há demanda do casal parental que possa sustentar o atendimento. Segundo Arantes (ibidem) o clínico deve tocar estes pontos nas entrevistas para que um deslocamento dos pais seja possível.

Porém, é preciso esclarecer o que seria uma “escuta singular” para a fala dos pais, isto é, como o material colhido em situação clínica deve ser interpretado para dar sustentação ao conceito de escuta na clínica de linguagem. É preciso esclarecer o que significa ler a fala dos pais e, especialmente, o que fazer com aquilo que se escuta, além de se interrogar sobre os limites de intervenção desta clínica junto aos pais. O atendimento de Gustavo fez com que essas questões ecoassem fortemente dentro de mim.

Na clínica com crianças, como tentei mostrar, a questão é bastante complexa, pois é um outro que fala sobre o sofrimento do sujeito, ou seja, durante a entrevista o clínico não tem contato com a fala do próprio paciente. Fonseca (2002, 2006, entre outros) aborda a clínica com afásicos e refere que a entrevista com adultos tem função diagnóstica, o que a distingue da clínica

⁸ Voltarei a este ponto.

com crianças, já que, no caso da afasia, ela é o primeiro contato do clínico com a fala patológica.

Para esta pesquisadora⁹

A entrevista na clínica de linguagem é o procedimento clínico inaugural que enlaça diagnóstico e tratamento propriamente dito. [...] Embora procedimento inaugural, esse “ver por entre” [a opacidade da fala e a enigmática situação do sujeito ante ela], que caracteriza as entrevistas, não se extingue ao final desse momento clínico: “ver por entre” é demanda que ultrapassa o tempo de diagnóstico [...] a densidade de um acontecimento enigmático põe em relação o sujeito e aquele que deve enfrentá-la porque se dispôs a isso. (FONSECA, 2006, p.338).

No trecho acima é possível diferenciar a entrevista na clínica com adultos da entrevista na clínica com crianças. Com adultos, durante a entrevista, o clínico entra em contato com o “corpo que sofre”, por isso a expressão “ver por entre” a fala e a presença do paciente. A entrevista é realizada com o paciente, o que produz no clínico, desde o primeiro contato, um enigma sobre essa fala. Além disso, é estabelecida, já nesta instância, uma relação particular entre paciente e terapeuta, pois neste caso, via de regra, é o ambos próprio paciente quem pede ajuda e a fala do paciente faz questão para o clínico, assim podem se implicar no sintoma.

É necessário interrogar se esta diferença entre a clínica com crianças e a clínica com adultos produz efeitos no tratamento. Se pensarmos que na clínica com crianças dependemos do engajamento dos pais para que o tratamento seja sustentado, cabe indagar se a distinção entre a clínica com adultos e clínica com crianças seria determinante de procedimentos particulares. Esta diferença será abordada tangencialmente, com o objetivo de particularizar a clínica com crianças que é atravessada pela presença dos pais, ou seja, são eles quem levam a criança à clínica e falam do sofrimento causado pelo sintoma da criança. Essa reflexão traz questões importantes para esta dissertação: qual o lugar do outro (os pais) no atendimento? Há um corte entre a entrevista e o

⁹ Vale destacar a originalidade do pensamento de Fonseca em relação à maior parte dos trabalhos realizados com pacientes afásicos, que costumam chamar a família para a primeira entrevista.

processo terapêutico? Trata-se então de dois atendimentos, aos pais e à criança, isto é, seriam eles procedimentos distintos?

Acredito que o relato dos atendimentos apresentados, assim como o de outros pacientes que discutirei no capítulo 03, deixe ver a complexidade para lidar com as múltiplas questões que as entrevistas impõem para a clínica de linguagem. O que pude apreender é que tais questões, muitas vezes, excedem o momento inaugural e atravessam o tratamento. Em alguns casos, os pais só chegam a supor um saber ao terapeuta quando o tratamento já está em curso, muito tempo depois do pedido de ajuda feito a ele, o que não impede mudanças na fala da criança.

Além disso, mesmo quando há uma relação bem estabelecida desde o início, entre o clínico e os pais, muitas vezes, esta pode vir a se transformar devido a uma série de fatores. Fatores que vão desde a resistência da criança e da própria família, uma frustração em relação à expectativa da família, entre outras diversas possibilidades que exigem um manejo clínico a ser realizado a cada caso, no sentido de evitar que o tratamento malogre. Por isso é necessário que as entrevistas com pais sejam realizadas ao longo do processo terapêutico, mas há que se interrogar também, qual a natureza dessas entrevistas, quando os pais são convocados pelo clínico sem que eles próprios tenham uma questão.

Outro ponto que me inquieta é o encaminhamento dos pais ou da própria criança para a clínica psicanalítica. Tal inquietação nasceu na clínica, pois muitas vezes pude perceber, que muito do que era dito pelos pais sobre a criança, dizia mais do sofrimento deles, de questões para as quais eles buscavam respostas. Essas situações eram paralisantes no meu caso, pois eu evitava uma interpretação fora do escopo de minha formação, mas sentia que movimentar o material escutado seria fundamental, não apenas para o tratamento da criança, mas para que essa mudança tocasse a estrutura familiar de modo mais profundo. É certo que nas entrevistas alguns pais chegam a se escutar, uns pedem ajuda, outros, como a mãe de Gustavo, abandonam o tratamento.

Em suma, a questão que pretendo encaminhar é: qual a função das entrevistas na clínica de linguagem? O caminho que escolhi para refletir sobre tais questões foi, primeiramente, realizar um levantamento bibliográfico atual sobre as entrevistas no campo da Fonoaudiologia. Não apenas para descrever o “estado da arte”, mas ensaiar uma tentativa de responder qual o sentido das entrevistas para os fonoaudiólogos. A partir deste levantamento, foi possível ver que as entrevistas, muitas vezes, desdobram-se em um trabalho com pais, que será tematizado, ainda que reconheça nesse gesto um desvio necessário de minha rota principal.

Em seguida, visitei autores da Psicanálise, campo em que o atendimento de crianças produziu questões e polêmica da experiência pioneira de Ana Freud e Melanie Klein. Considerei importante estabelecer este diálogo, para entender os obstáculos introduzidos pela criança no universo da clínica psicanalítica. Também para particularizar e aprofundar questões da clínica de linguagem, para com isso distinguir a função das entrevistas na clínica de linguagem e psicanalítica, uma vez que nesta clínica a especificidade da presença da criança foi abordada.

Assim, a escolha de estabelecer uma interlocução com este campo, não é apenas pela insistência com que fragmentos de seu discurso aparecem no trabalho dos fonoaudiólogos, mas também porque considero exemplar o modo como as entrevistas estão configuradas na clínica psicanalítica com crianças, numa articulação que não apaga o jogo tenso entre teoria e prática.

Portanto, pretendo tomar esse caminho como lição da psicanálise, tentando particularizar as entrevistas na clínica de linguagem com crianças. Trata-se de um desejo antigo, já enunciado em meu trabalho de Iniciação Científica:

Resolvi trazer a cena uma questão naturalizada no campo da Fonoaudiologia, mas que é destacada no interior da Psicanálise, qual seja: quais as diferenças entre o atendimento de crianças e adultos para nosso campo? O trabalho de Fonseca (2002) inquietou-me, pois o trabalho com afásicos introduz questões

estrangeiras ao atendimento de crianças. [...] Seria a diferença adulto-criança o que determina procedimentos particulares? (Fudissaku, 2004, p.15)

Por fim, trago casos que atendi e que, de alguma forma, me tocaram no que diz respeito às entrevistas. Pretendo com isso não deixar à margem a relação tensa entre teoria e prática, pois considero que os procedimentos que configuram a clínica de linguagem dependam desta articulação indissociável entre as questões que nascem na clínica e princípios teóricos que sustentam a posição do clínico. Este é guiado paradoxalmente pelo saber do aparato teórico e pelo não saber inerente ao acontecimento clínico, como assinalou Andrade (2006)¹⁰ e Fonseca (1995, p.132-133) ao discutir a natureza da clínica de linguagem:

O que particulariza, então, essa clínica? Sem dúvida, uma formação necessária que é tanto teórica quanto prática. [...] na atividade clínica, textos teóricos são postos em movimento: compõem um "já dito" no interdiscurso do fonoaudiólogo. Isso o distancia de um leigo.

O que distancia o clínico do leigo é a articulação entre teoria e prática, relação que não é qualquer, é preciso que haja coerência nessa aproximação. Como alertou Faria (2004, p.136), ao tratar dos impasses clínicos decorrentes do “descompasso entre teoria e prática no caso das alterações de pronúncia da fala”. O descompasso, referido pela pesquisadora, é efeito das aproximações inadequadas a outros campos, questão que insiste ao longo desta dissertação. A pesquisadora conclui que para evitar tal descompasso, é preciso uma teorização que acompanhe o sujeito em questão, seu sintoma, que no caso, manifesta-se na fala, e aquilo que se entende como linguagem.

Devo assinalar que meus objetivos iniciais foram mais ambiciosos, pensei em discutir como as entrevistas poderiam determinar a “direção do tratamento”, tema este discutido em

¹⁰ Texto apresentado originalmente em 1998

profundidade por Lacan (1998) e que circulava em meu projeto inicial como um termo transparente. Ao tomar contato com o trabalho deste autor, percebi a especificidade do que estava em questão. O que pude retirar da leitura do texto lacaniano será discutido no capítulo em que apresento as questões que tiveram origem em minha atividade clínica.

Cabe destacar que as questões aqui colocadas, nasceram no interior do Grupo de Pesquisa **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem** (LAEL/PUCSP-CNPq), coordenado por Lier-DeVitto, que tem insistido no modo de relação cuidadoso entre campos desde de 1995. Minha trajetória no Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem (LAEL/PUCSP-CNPq) permitiu que eu colocasse em discussão as entrevistas na clínica de linguagem por uma ótica particular, que articula a concepção de linguagem, de sujeito, para pensar o encaminhamento desta clínica.

Os pesquisadores deste grupo encontram no Interacionismo em Aquisição da Linguagem - proposto por Cláudia Lemos (1992, 2002, entre outros) - “solo fértil” para encaminhar as questões surgidas na clínica. A reflexão teórica que norteia este grupo de pesquisas e que foi espaço de minha formação e ancoragem teórica desta pesquisa, dá reconhecimento à *ordem própria da língua*, ou seja, às leis de referência interna da linguagem (SAUSSURE, 1916) e à sua articulação na fala/escrita (JAKOBSON, 1954, 1960; BENVENISTE, 1962, 1970). O pensamento desses autores e a leitura de suas obras foram realizadas a partir dos efeitos da interpretação de De Lemos (1992, 1997, 2002 e outros) afetada pela psicanálise de Jacques Lacan e, como já disse, e especialmente pela leitura realizada, na sequência, no âmbito do Projeto Integrado (CNPq 522002/97-8), hoje Grupo de Pesquisa CNPq, **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**, coordenado por Maria Francisca Lier-DeVitto, no LAEL-PUCSP.

CAPÍTULO 1

O LUGAR DOS PAIS NA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA: UM BREVE PANORAMA HISTÓRICO

Na clínica fonoaudiológica, quando se trata de crianças, há certa peculiaridade que envolve o atendimento: a presença dos pais. Presença indiscutível, os pais são incluídos no atendimento, seja qual for a concepção teórica do clínico. No entanto, não parece estar claro no campo da Fonoaudiologia qual o lugar designado a eles no atendimento da criança, assim o que se vê nos trabalhos da área é que eles são ora porta-vozes da história da doença, ora fundamentais para o “entendimento” da determinação do sintoma. Essa variação é determinada pelas escolhas do clínico na condução do tratamento, quer dizer, é efeito da aproximação a outros campos como a Medicina, Psicologia, Psicanálise e Linguística, questão que será discutida neste capítulo. Com isso, os instrumentais utilizados pelo fonoaudiólogo para escutar/interpretar a fala dos pais variam de acordo com a teoria que sustenta o fazer do clínico e determina o uso de anamnese ou entrevistas.

Encontrei na literatura atual do campo da Fonoaudiologia, uma escassez de trabalhos que discutem a presença dos pais no atendimento. Cabe ressaltar que na literatura do campo, as pesquisas sobre entrevistas encontram-se, muitas vezes, incluídas e diluídas naquelas que tematizam o trabalho realizado com pais ao longo do atendimento e que têm início na entrevista inicial.

No entanto, muito já se falou a respeito da opção do clínico entre anamneses ou entrevistas, no que diz respeito aos limites do uso da anamnese e dos efeitos de sua vinculação à clínica médica.¹¹ Mas é necessário reconhecer que tal procedimento ainda é utilizado com frequência em nosso campo, o que nos obriga a perguntar sobre sua finalidade. Sendo assim, na sessão seguinte, realizo um breve histórico sobre o uso da anamnese por fonoaudiólogos.

2.1. OS EFEITOS DO ENCONTRO COM A CLÍNICA MÉDICA

Tendo em vista a grande influência dos dispositivos da clínica médica no campo da Fonoaudiologia, durante muitos anos, a anamnese foi o procedimento utilizado no primeiro encontro entre os pais e o fonoaudiólogo. A anamnese é um procedimento utilizado na clínica médica, como uma etapa do diagnóstico. Arantes (op.cit) afirma que, nesta clínica, realizar o diagnóstico significa circunscrever um quadro nosográfico, a partir do conjunto de sinais/sintomas que o paciente apresenta, para assim, descobrir o agente etiológico responsável pelo surgimento da doença e, por fim, decidir o tratamento adequado.

Assim, com vistas a estabelecer o diagnóstico, prognóstico e tratamento, o médico procura realizar a localização objetiva da patologia específica. O primeiro passo é a anamnese, trata-se de um questionário com perguntas pré-estabelecidas e objetivas que são dirigidas ao paciente. Os itens abordados são: identificação do indivíduo, história pregressa da doença,

¹¹ Ver: Arantes (1994), Palladino (1997), Sobrino (1996), Carrasco (1999), Fonseca (2002), Milan (1993), entre outros.

informações sobre o desenvolvimento físico e suas modificações. O clínico retira do discurso do paciente apenas o que é importante para descrever a cronologia da doença: origem – desenvolvimento - cura. Todas as informações colhidas através da anamnese são consideradas verdadeiras, uma vez que o que está em questão é a objetividade do procedimento. Para Grimberg (1999, p.08)

A anamnese busca a restituição da história da doença. Ela consiste numa coleta de dados, no inventário dos sintomas e das condições de surgimento da doença. Que o indivíduo doente seja ou não o porta-voz dessa narrativa não é essencial. Em prol da fidedignidade das informações pode até ser preferível que ele não o seja.

Dessa maneira, com o foco na doença - seu objeto por definição - procede-se ao apagamento do sujeito, que é tomado como suporte empírico da doença. Entende-se porque Olgivie (1988, p.14) afirma que o advento da anatomia, que instaura o diagnóstico médico, fornece maior acuidade “ao olhar do médico [e] prepara a surdez da Medicina à palavra do [doente]”. Por esse motivo, da relação médico-paciente fica subtraída a subjetividade do doente, o que não acarreta consequências para a clínica médica. Aliás, cumpre lembrar que a objetividade é almejada pela Medicina, que sempre esteve ligada ao ideal de cientificidade do pensamento positivista.

No entanto, deve-se questionar se a objetividade da anamnese serve a clínica fonoaudiológica, que tem como objeto a fala sintomática. Conforme já discutido por Arantes (op.cit, p.51), os fonoaudiólogos procuraram utilizar a anamnese com a mesma finalidade da clínica médica: “elabora-se um questionário com o objetivo de detectar possíveis agentes causadores do problema na linguagem”. Cabe assinalar que nessa visada organicista, em que o clínico procura localizar qualquer comprometimento orgânico que justifique o problema de

linguagem, não há espaço para a interpretação da fala do paciente, ou de seus pais, que é tomada como transparente, ou seja, procede-se a um apagamento do sujeito, do falante, e trata-se a linguagem como excrescência de problemas em outros domínios (Fonseca, 2002).

Vê-se, que o que de fato se busca na anamnese é a determinação etiológica, sobre a qual o clínico muitas vezes não pode incidir, (Arantes, op.cit, p.48): “o discernimento nosológico nada esclarece sobre a linguagem do paciente”, pois, não há uma relação estável entre a etiologia e as manifestações sintomáticas na fala. A linguagem não obedece ao determinismo “causa-efeito” como o organismo, portanto, a busca pelo agente etiológico nada diz sobre o que se apresenta na fala do sujeito.

O fonoaudiólogo se deparou com um limite no uso da anamnese para a sua clínica. É a adesão irrefletida ao raciocínio clínico da Medicina, a única justificativa para que o Fonoaudiólogo insista nesse tipo de procedimento que, ao contrário do que ocorre na Medicina, não lhe dá orientação na direção do tratamento. É o que pode ser constatado no trabalho de Marchesan (2005, p. 765), que utiliza a anamnese e justifica seu uso: “às vezes é mais uma questão de rotina ou de como aprendemos a colher os dados”.

Assim, apesar deste limite, este procedimento não foi abandonado no campo da Fonoaudiologia, como resultado, sua função perdeu seu contorno original. Esclareço: muitos fonoaudiólogos utilizam a anamnese de acordo com o quadro clínico em questão, ou seja, há um protocolo para cada patologia específica (anamnese para pacientes com fissura palatina, problemas de voz, retardo de linguagem, etc). Desse modo, vê-se que o objetivo da anamnese é apenas compilar dados, no sentido de verificar quais das características previstas pela descrição nosográfica são encontradas naquele paciente. Note-se que se na Medicina a finalidade era compor o diagnóstico, já na Fonoaudiologia, a anamnese perdeu sua função diagnóstica, pois, o

fonoaudiólogo dá um passo anterior, uma vez que já se sabe de antemão qual patologia está em questão para a escolha do protocolo correto.

A anamnese fica reduzida a uma antecipação do que o clínico irá encontrar na fala do paciente, para Marchesan (2005, p.776): “em geral, os pais sabem quais os fonemas que os filhos omitem ou trocam. Muitas vezes, já na anamnese, podemos ficar conhecendo, com certa margem de segurança, quais são os problemas de fala existentes”. Note-se que a fala dos pais é tomada como verdade, no entanto, a expressão da autora “com certa margem de segurança” indica que há equívocos no que dizem os pais sobre o sintoma da criança. Via de regra, há uma distância entre a fala dos pais e a criança que encontramos, portanto, essa previsibilidade é uma ilusão, ponto que será aprofundado posteriormente.

Insistir neste tema pode parecer redundante, uma vez que ele já foi bastante explorado, porém há algo que não permite que se distancie definitivamente de certo modo de conduzir a clínica fonoaudiológica, modo esse que é corolário da herança simbólica da filiação à Medicina. Considero importante assinalar finalmente que, muitas vezes, mesmo quando um questionário não é aplicado, o raciocínio médico insiste e resiste a tudo que se tem dito acerca de sua insuficiência quando a linguagem está em questão. O fato de se proceder a uma conversa menos formal com os agentes parentais, não significa que o mesmo raciocínio deixe de fazer pressão.

O que caracteriza a anamnese não é apenas o modo de coletar o dado, mas a interpretação que se faz do material clínico, e o lugar que ele ocupa no raciocínio clínico de um profissional. É freqüente que entrevistas “livres” sejam lidas a partir de um raciocínio organicista: transforma-se a aparência, mas o essencial – o que se retira do texto dos pais e do raciocínio causalista – fica inalterado. O foco persiste – gestação/desenvolvimento – e a busca de uma justificativa para o

que se dá a ver na fala. Talvez seja hora de considerar a subversão que a linguagem produz na noção de organismo, para que possamos considerar o corpo que fala.

Não pretendo ampliar esta discussão, pois seria insistir no “já-dito”, mas cabe finalizar esta seção assinalando que a adoção de procedimentos como a anamnese, articula-se a um modo de conceber a clínica fonoaudiológica e a um certo modo de entender o que é sintoma para esta clínica. Resta assinalar que o afastamento, ainda que ilusório, em relação aos procedimentos utilizados na clínica médica, promoveu um movimento da Fonoaudiologia em direção a outros campos do conhecimento, inicialmente houve uma aproximação à Psicologia. Na próxima seção discuto os efeitos desse gesto.

2.2. OS EFEITOS DO ENCONTRO COM A PSICOLOGIA

Como alternativa a anamnese que visava os aspectos orgânicos e a etiologia da doença, como discuti acima, as entrevistas ganharam no campo da clínica um novo formato. Fonoaudiólogos descontentes com o discurso médico optaram, como mostrou Arantes (op.cit., p.66), por uma “entrevista livre” ou, para fazer menção a um termo característico da época dessas transformações, por uma “entrevista não diretiva”. Este termo importado da Psicologia, denuncia a relação com este campo que, como veremos, enfrentava problemas da mesma natureza, na tentativa de configurar uma prática clínica singular, que pudesse ser sustentada teoricamente.

As dificuldades encontradas no campo da Psicologia, segundo Vorcaro (1995), foram resultado da aproximação simultânea da clínica médica, antiga parceira e determinante no estabelecimento da psicometria, e do discurso psicanalítico, que se apresentava como possibilidade de solucionar os conflitos gerados pelo raciocínio médico na abordagem dos fenômenos psíquicos. Este movimento determinou a configuração do psicodiagnóstico: o uso de técnicas desvinculadas da teoria. Quer dizer, a união de fragmentos tomados de modelos teóricos diferentes provocou uma mudança na posição do clínico durante a entrevista, que passou a compor o diagnóstico procurando compreender e significar os dizeres do paciente, mas sem um solo teórico que pudesse dar consistência a esse gesto. Assim, com as “contribuições” da Psicanálise, a Psicologia passou a ter um olhar diferente, porém as práticas continuaram as mesmas, o que resultou em um uso sem rigor do discurso psicanalítico. Nas palavras da pesquisadora:

A saída encontrada ‘no parecer psicológico compreensivo’ não supera os obstáculos da prática anterior, mas apenas o camufla, posto que, na aplicação também fragmentária da psicanálise, a psicologia reduziu o estatuto da transferência ao de sugestão. [...] A consideração da insuficiência teórica para lidar com as manifestações do sujeito não desencadeou a revisão da promessa de compreensão globalizante do psicodiagnóstico. (VORCARO, 1995, p. 53)

Pode-se dizer que o movimento da Psicologia, na direção de outros campos, não foi muito diferente do que ocorreu na Fonoaudiologia. As ditas entrevistas “não diretivas”, em nada contribuíram para uma mudança substancial, nem na Psicologia e nem na Fonoaudiologia, uma vez que apenas a técnica foi modificada, mas os fundamentos da clínica permaneceram inalterados.

Milan (1993), representante da aproximação à Psicologia, ao discutir as entrevistas refere que a história da criança deve ser contada pela família e pela própria criança. A doença, segundo

a pesquisadora, passa a ser vista, como mais um episódio integrado na seqüência de sua vida. A pesquisadora ouve de cada familiar, diferentes versões da história da criança, e após o levantamento dessa história, opera recortes. O leque de versões é a base da interpretação, efetuada pelo clínico, de uma certa história de vida.

Escuta-se nestas falas “ecos” da Psicologia, note-se que uma escuta terapêutica não estava definida. Como proceder, então, a interpretação/leitura dos recortes destacados do texto familiar? O clínico não era afetado por uma fala, era alguém que, distante da cena, poderia eleger os aspectos significativos da história de seu paciente. Vale destacar, que em nenhum momento é dito o que se faz com os “aspectos significativos” da história do paciente.

Vê-se que a entrevista psicológica produziu efeitos na Fonoaudiologia, não apenas no que se refere ao instrumental utilizado, mas especialmente nas tentativas de explicar os quadros clínicos que não apresentavam qualquer alteração no universo orgânico que justificasse o problema de linguagem. Nesses casos, o objetivo era observar o comportamento do paciente e seus familiares para “trazer à cena o dizer sobre o paciente” que justificasse o problema de linguagem. O raciocínio médico insiste, mas agora se busca a etiologia também em outro domínio: o psíquico.

Entendo que muito já foi discutido sobre a migração da entrevista psicológica para a Fonoaudiologia¹². No entanto, em um levantamento bibliográfico atual, constatei que ainda há muitos trabalhos que têm como fundamentação teórica a reflexão de autores da Psicologia, entretanto, tal aproximação não afeta o fazer do fonoaudiólogo, que permanece mesmo. O que se vê é que os trabalhos aparecem “disfarçados” com dizeres teóricos diferentes. Apresento brevemente alguns dos trabalhos encontrados.

¹² Ver Arantes (2001)

Inicialmente, cabe assinalar, que um dos efeitos da aproximação à Psicologia diz respeito ao número de entrevistas com os pais e demais familiares, que não é mais restrita ao encontro inicial. Nas entrevistas “não-diretivas” não se determina o número de sessões e nem a periodicidade das mesmas. Se sob o efeito do raciocínio da clínica médica, o contato com os pais se dava a aplicação do questionário e depois algumas sessões de orientação, a proximidade com a Psicologia incluiu os pais de outro modo no tratamento. Eles participam de vários encontros com o clínico e muitas vezes são incluídos em atendimentos em grupos. Cabe destacar, que da entrevista e do modo de concebê-la, desdobra-se um trabalho com pais de outra natureza, não mais caracterizado pelos fonoaudiólogos como “entrevistas”, intervenção que será tema discutido a seguir.

Um artigo representativo dos desdobramentos das entrevistas em um trabalho com pais é o de Lemes et. al. (2006). As pesquisadoras afirmam fundamentar seu trabalho no “Interacionismo”, a partir da “perspectiva sócio-histórica-dialética” de Vygotsky (1991). Elas entendem que a “mediação pela interação” é responsável pela “aquisição e desenvolvimento” da linguagem. As autoras (op.cit, p.86) explicam o termo: “um elemento intermediário, neste caso a presença materna, inicia a comunicação a partir da significação dada às ações da criança, influenciando diretamente o desenvolvimento infantil”. Assim, a mãe da criança é incluída no atendimento, pois seria a mediadora no processo de aquisição da linguagem de seu filho.

O objetivo do trabalho com os pais é realizar uma “orientação fonoaudiológica [...] levando a mãe a perceber aspectos positivos e negativos em seu papel de interlocutor durante a brincadeira” (idem, ibidem, p.89), trata-se de conscientizar a mãe sobre como agir com a criança para um melhor desenvolvimento da linguagem.

Num primeiro momento, as pesquisadoras observaram a brincadeira entre mãe e criança durante as sessões, classificando as ações da mãe como negativas ou positivas, em relação ao desenvolvimento de linguagem da criança. As positivas seriam as ações “facilitadoras”, que levam “o filho a fluir e criar situações imaginárias na brincadeira” (idem, ibidem, p.90). Já os aspectos negativos são situações em que a mãe não fornece apoio ao filho e o pensamento da criança não se eleva a um grau mais “abstrato e elevado”: “a mãe [...] não entra na situação imaginária, não sendo realmente uma mediadora da atividade e não assumindo o papel ideal do adulto” (idem, ibidem, p.91). Após a análise da cena observada, as fonoaudiólogas orientam a mãe: reforçam as ações positivas e procuram modificar as negativas.

Além da questão do “juízo de valor” quanto ao que seria negativo ou positivo no modo como a mãe fala e brinca com a criança, é complexo o uso que as pesquisadoras fazem dos processos dialógicos conforme propostos por De Lemos (1982) para a análise da transcrição da brincadeira entre mãe e filho:

Em relação aos processos de **construção dialógica**, na segunda gravação a criança assumiu melhor o papel dialógico, instaurando o diálogo e tornando o adulto seu interlocutor (reciprocidade). Na primeira gravação, a criança [...] na maioria das vezes, apenas retomou parte do enunciado materno e o expandiu (complementariedade) (LEMES et.al., 2006, p.92).

Os processos dialógicos são resultados de uma teorização sobre uma constatação empírica que respondia pelo modo de entrada da criança na linguagem, portanto, não se trata de um instrumento através do qual se possa descrever e menos ainda capturar o que produz efeito de patologia na fala de uma criança. Além disso, os processos foram revistos pela pesquisadora, e foram abandonados na medida em que representavam uma aproximação com a Psicologia, que apagava a especificidade do lingüístico.

Tomar a mãe como mediadora no processo terapêutico provocou, ainda, um apagamento do papel do fonoaudiólogo, que embora participe das orientações, fica excluído do momento clínico. As fonoaudiólogas procuram recuperar no comportamento da mãe o que provocou mudanças na fala da criança, perdendo de vista a situação clínica. Não se trata de uma reflexão sobre os efeitos clínicos da terapia fonoaudiológica, busca-se uma constatação no material empírico do que foi lido na teoria. O papel do clínico fica restrito a ensinar a mãe como interagir com seu filho, o papel do fonoaudiólogo é “consertar” a relação entre mãe e criança.

A partir da aproximação à Psicologia, mas seguindo outro caminho, como assinalei, há fonoaudiólogos que realizam atendimentos em grupos com os familiares da criança, como os trabalhos de Penteado et.al (2005) e Zampieri e Camargo (2005). Essas fonoaudiólogas entendem que as relações sociais, isto é, a imagem que a sociedade tem das crianças atendidas, têm implicações no sintoma de linguagem. A diferença entre os dois trabalhos é que Penteado et.al (op.cit) tem como foco as alterações fonoaudiológicas e Zampieri e Camargo (op.cit) tem como ponto de partida a deficiência mental. Note-se que o comprometimento orgânico permanece como determinante da discussão sobre os pais. Vejamos os trabalhos com mais detalhes.

Penteado et.al. (op.cit.) realizam no grupo com os familiares da criança, discussões sobre as alterações fonoaudiológicas. O objetivo é oferecer um espaço para acompanhar o processo terapêutico da criança, o que resulta no enriquecimento do trabalho fonoaudiológico e na potencialização dos resultados. Note-se que não é a singularidade de cada caso que responde pela decisão da formação dos grupos, que tratam menos de questões que nascem da clínica e mais do que há em comum entre os casos atendidos.

O grupo com pais é realizado por duas fonoaudiólogas e a criança é atendida por uma terceira, trata-se, então, de dois atendimentos distintos. Um clínico atende a criança e outros os pais, entretanto, há discussões para decidir onde cada fonoaudiólogo deve intervir. As

fonoaudiólogas que atendem os pais buscam nos encontros em grupo, primeiramente, o que determina o sintoma da criança. Após tal constatação, as pesquisadoras procuram “tratar” o sintoma nas discussões em grupo. Esclareço o que foi dito, com o caso clínico apresentado pelas autoras.

As pesquisadoras interpretam as alterações de fala de um garoto de 13 anos, a partir das informações colhidas com a mãe durante o atendimento em grupo. Elas afirmam que o sintoma é determinado pela relação da criança e seus familiares e apontam os pontos principais: a “dependência da mãe”, isto é, para as fonoaudiólogas, há uma dificuldade de distinção entre mãe e criança, o garoto age apenas quando recebe o consentimento materno, além da falta de “subjetividade” – “individualidade” em relação ao irmão gêmeo, uma vez que os dois são tratados pela mãe como iguais.

Para as autoras, o desenvolvimento da linguagem ocorre paralelamente a constituição do sujeito. Como a criança se “confundia” com sua mãe e irmão gêmeo, havia um problema com sua “subjetividade” ou “individualidade”, termos que aparecem como sinônimo no texto das pesquisadoras. Como efeito, a criança não tinha intenção comunicativa: “tais dificuldades também poderiam ser interpretadas como indicativos de falta de preocupação em relação à qualidade de interação dialógica com seus interlocutores” (idem, ibidem, p.165). É interessante assinalar que é atribuída à criança: “falta de preocupação”, supondo que ela deveria ter controle sobre seu sintoma, fato que se fosse possível, deixaria de ser uma condição sintomática.

Assim, o fonoaudiólogo assume o papel de “facilitador do desenvolvimento de identidade – individualidade” (idem, ibidem, p.168) da criança. Para isso, as fonoaudiólogas discutiam no grupo de familiares, a necessidade da distinção entre os irmãos gêmeos: “entram em cena diversas situações cotidianas que se traduziam em possibilidades para o exercício da ‘individualidade’ com certa ‘independência’, tais como aquelas em que os filhos poderiam ser

incentivados a escolher as roupas que iriam vestir” (idem, ibidem, p.169). A partir do grupo de familiares, a mãe pôde estender os temas discutidos para o “ambiente doméstico” e para “outras relações sociais”, isto é, a mãe modificou a “representação” dos filhos, o que produziu efeitos na linguagem e “constituição da subjetividade” da criança.

Este trabalho deixa claro, desde o início, seu caráter pedagógico, uma vez que visa esclarecer os pais acerca dos problemas de linguagem e permitir que troquem experiências, a fim de que eles possam modificar a representação que têm de seus filhos. Do ponto de vista da linguagem, é possível observar a ausência de uma teorização mais consistente, ela parece estar fora de questão. Focaliza-se a representação que os pais têm do filho e seus efeitos no sintoma, mas em nenhum momento se discute a relação entre aquisição de linguagem e subjetivação. Parece que há certa ingenuidade na suposição de falar sobre situações cotidianas: discernir os gêmeos com roupas diferentes, responde pelas mudanças na fala e, também, em sua constituição subjetiva. Nesta perspectiva entende-se que é possível ao fonoaudiólogo fornecer aos pais o conhecimento do modo como devem ou não, falar e agir com a criança. Tal abordagem entende a linguagem como um objeto transparente e capaz de veicular informação, a fim de controlar as atitudes dos pais.

Entende-se nesta perspectiva que mãe “aprende” a “empregar a linguagem” corretamente com a criança, o que, na interpretação das terapeutas contribui para a “constituição da subjetividade”. O termo “orientação” aos pais não é utilizado, em seu lugar aparece o “trabalho com grupo de familiares” que aparenta ter maior abrangência, uma vez que procura dar conta também do aspecto “social” envolvido no sintoma. Assim, o trabalho do fonoaudiólogo com os pais permanece o mesmo, mas com nova “roupagem”.

É também o que se vê no trabalho de Zampieri e Camargo (2005), o objetivo dos grupos com pais é um “repensar das ações diárias”. Os grupos são “espaços discursivos” para discutir

questões sobre a deficiência mental ou do sujeito deficiente para, assim, amenizar tais dificuldades. A decisão pelo grupo ocorre, pois, elas afirmam, a partir de Pichon-Rivière (1982, 1988) e Penteado (2002), que é no grupo, que o sujeito pode se “reconfigurar” por meio do relato das diferenças, da convivência e partilha de experiências. Note-se que o pensamento é o mesmo de Penteado et.al (op.cit.), os pais devem tomar consciência, a partir dos grupos, do que deve ser transformado em seu modo de ver e lidar com a criança. O que exige um controle das ações cotidianas dos pais e uma ressignificação da imagem da criança, que foi estabelecida pelas relações sociais.

Zampieri e Camargo (op.cit) explicam que as “funções essenciais” (materna e paterna) acabam sendo estabelecidas mais em função do rótulo e preconceito presentes na cultura, do que pelas características peculiares dos indivíduos com deficiência mental. A partir das palavras das autoras: “repensar”, “reconfigurar”, “tomar consciência” e “conhecer”, percebe-se que o trabalho não parece escapar da orientação aos pais. A novidade é que as autoras falam em “situações de angústia” que a família do deficiente passa e da “insegurança” no modo de lidar com a criança. Como no trabalho de Penteado et.al. (op.cit), o fazer é o mesmo, mas com nova roupagem.

Os fonoaudiólogos que trabalham com crianças surdas também utilizam os grupos de familiares. Como nos trabalhos discutidos, o terapeuta da criança não é o mesmo dos pais. As questões discutidas são pré-estabelecidas e restritas a orientações sobre a deficiência auditiva, diagnóstico e como “lidar” com a criança. Boscolo e Santos (2005) afirmam que a função do fonoaudiólogo é oferecer respostas para as dúvidas dos pais, dar suporte e forças, para desabafar seus sentimentos e superar suas dificuldades frente à deficiência auditiva de seu filho. Note-se que aqui o que comparece é a idéia de uma terapia de apoio, que se aproxima do “psicologismo” freqüente ao senso comum, isso se dá a ver em termos como “dar força”, “desabafo”.

A importância dos pais no atendimento também é articulada a uma questão sobre a linguagem da criança. Para Moret et al. (op.cit.) pais de deficientes auditivos devem receber orientações adequadas para compreender o potencial de seu filho e assim facilitar o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem. Já Boscolo e Santos (op.cit.) aproximam-se de uma visão psicológica sobre a aquisição de linguagem, uma vez que remetem o seu desenvolvimento às representações que os pais fazem da criança, submetendo a linguagem a um processo social vago. Não há no trabalho dessas pesquisadoras, um esclarecimento relativo à natureza da relação que se estabelece entre a representação que os pais têm de seu filho e o desenvolvimento da linguagem. Ainda mais obscura é a concepção de linguagem que sustenta o trabalho das fonoaudiólogas, ponto central em um artigo que discute uma clínica em que a linguagem está em questão.

Note-se que o trabalho dos pais, que originalmente focava apenas o treinamento para facilitar a linguagem da criança, persiste com uma “nova roupagem”, agora o fonoaudiólogo escuta os pais, não apenas os orienta. Mesmo que esta escuta não seja particularizada e nem teoricamente orientada.

Como já dito, a Fonoaudiologia ao se aproximar da Psicologia, sofreu os mesmos efeitos da aproximação da clínica psicológica com a Psicanálise. Desse modo, utilizo também para a clínica fonoaudiológica, as palavras que Vorcaro (1995, p.54) utilizou para alertar sobre os efeitos de tal aproximação: “esta clínica corre o risco de criar compreensões abusivas, calcadas no imaginário do psicólogo que veste, e colore, a produção do sujeito”. Isso, segundo a autora, se deve ao fato de que a clínica psicológica reformulou o modo de realizar diagnóstico sem levar em conta a definição de linguagem, sujeito e fala presentes na clínica psicanalítica e essenciais na prática. Existem questões específicas envolvidas na clínica psicanalítica, portanto, é preciso ser

cauteloso ao transferir conceitos dessa clínica para outro campo, afirmação com a qual me identifico, pois não é outra coisa que os descaminhos da fonoaudiologia revelam.

O passo adiante da clínica fonoaudiológica foi a Psicanálise como lugar de encontro. Atualmente, a Fonoaudiologia estabelece uma forte aproximação com esta clínica. Adianto que as palavras de Vorcaro (op.cit), citadas para ilustrar a aproximação da Fonoaudiologia com a Psicologia, também servirão para este forte encontro com a Psicanálise. É o que veremos na sessão seguinte.

2.3. OS EFEITOS DO ENCONTRO COM A PSICANÁLISE

Considero que o modo de entender as entrevistas no campo da Psicanálise é exemplar, teoria e clínica estão ligadas de forma indissociável o que oferece ao clínico a possibilidade de circunscrever uma posição teoricamente orientada. Entretanto, os primeiros encontros da Fonoaudiologia com este campo foram um tanto descuidados. Arantes (op.cit) alertou para a aproximação inadvertida da Fonoaudiologia com a Psicanálise, em que a intervenção do clínico fica reduzida a busca de sentido para o sintoma na fala dos pais, o que Vorcaro (1997), a partir de Allouch (1995) denomina por “tradução compreensiva”. Nas palavras de Arantes (op.cit., p.89):

É a “compreensão” do clínico que recobre imaginariamente o que incessantemente escapa e impede o fechamento do sentido. Daí que se pode entender que o esforço do clínico acabe sendo o de transformar o dito em um texto a ser compreendido. Desse modo, evoca-se sempre o sentido.

A pesquisadora traz os trabalhos de Cunha (1997) e Tassinari (1995) para mostrar como conceitos complexos e controversos no interior da Psicanálise são simplificados na migração de um campo a outro. De maneira geral, o que ocorre atualmente na Fonoaudiologia é o que Arantes (op. cit) pontuou, em sua tese de doutorado, nos trabalhos das fonoaudiólogas citadas. A intervenção é fundamentada numa “análise conteudística”, em que aparece fortemente a noção de tradução compreensiva.

Além disso, nestes trabalhos, a distinção entre o fonoaudiólogo e analista é apagado, uma vez que o sintoma é lido pelas fonoaudiólogas a partir de conceitos psicanalíticos, perdendo de vista a especificidade de sua própria clínica. Não é sem razão que Arantes (op.cit, p.111) questiona a partir da leitura desses trabalhos: “quanto permanecemos fonoaudiólogos”?

Seguindo esta linha está o trabalho de Nagy e Passos (2007), a teoria que subsidia as pesquisadoras são as “concepções Winnicottianas sobre a constituição humana” (idem, ibidem, p.09) que, segundo elas, abre espaço para pensar o “desenvolvimento psíquico da criança” (idem, ibidem, p.09). A partir disso, elas discutem em seu artigo, a intervenção fonoaudiológica com mães de crianças com múltiplas deficiências.

As autoras afirmam que a estruturação psicossomática da criança demanda uma mãe capaz de envolver-se com seu filho, assim o trabalho fonoaudiológico tem como foco a ampliação dos limites e possibilidades da mãe na relação e cuidados com a criança com deficiência. Nas palavras das pesquisadoras (ibidem, p.10), o objetivo do trabalho com as mães, é “desenvolver uma disponibilidade maior para o enfrentamento dos entraves e das complicações vividas por uma criança com deficiência”. Note-se que a decisão de realizar o trabalho com a mãe é tomada a partir do comprometimento orgânico, uma vez que devido à deficiência haverá

impasses na relação entre mãe e criança. Assim, a intervenção com a mãe tem como foco mudanças nesta relação.

Para facilitar o trabalho do fonoaudiólogo, as pesquisadoras criaram categorias a partir do que observaram com frequência na relação entre as mães e crianças atendidas. Elas nomearam essas categorias de “dinâmicas relacionais”, são elas: “evidências no corpo dificultando o vínculo, cuidados excessivos ou insuficientes, negação do diagnóstico, problemas para alimentar o filho” (idem, ibidem, p.16). Com isso, o fonoaudiólogo pode antecipar o que irá encontrar em cada atendimento. Num primeiro momento, o trabalho do fonoaudiólogo é constatar quais categorias aparecem nos casos atendidos, e depois, a intervenção é provocar mudanças em cada “dinâmica relacional”, modificando o modo como a mãe se relaciona com a criança.

Note-se que as categorias são criadas a partir do que se repete na relação da mãe com a criança, ou seja, o foco são as características universais dos casos investigados. Como consequência, apaga-se o singular de cada história e como se tece a relação única entre a criança e o agente materno, ou seja, apaga-se o inédito, o que não se dá a ver, mas que joga um papel determinante na estruturação da criança. Contraditório com o que pretende as pesquisadoras ao se aproximar da Psicanálise, isto é, apreender a singularidade do caso.

Para as pesquisadoras, foi essa aproximação que permitiu o afastamento da intervenção tradicional centrada na orientação aos pais. A novidade que elas afirmam trazer é que o fonoaudiólogo deve “**acolher** as mães [...] suas angústias”, “expressar suas experiências”, “**indicar-lhe maneiras de sustentar a criança**” para “**facilitar** o amadurecimento da criança” (idem, ibidem, p.09) (grifos meus).

Não fica claro, ao longo do texto o que significa para um fonoaudiólogo “acolher” a mãe, as autoras não apresentam sua definição e comparece no texto como um termo do senso comum. Ao que parece, elas o utilizam como sinônimo de “incluir” e “compreender”, mas é inegável que

os objetivos enunciados parecem mais ambiciosos. Mais uma vez, surpreende-se uma contradição: o que seria facilitar o amadurecimento em um trabalho que busca um diálogo com a psicanálise? Amadurecimento diz respeito a um organismo que se desenvolve, matura e não de um corpo simbolicamente constituído, como definido na psicanálise. Facilitar, por outro lado, apaga a força estruturante terapêutica pretendida por um clínico. O que se vê, na realidade, é o uso de termos que não ganham estatuto de conceito:

O fonoaudiólogo precisa [...] **construir**, junto com a mãe, **a possibilidade de olhar para seu filho** como um ser capaz de tolerar frustrações, desde que estas sejam possíveis de serem elaboradas nos diversos momentos de constituição do *self*. (grifos meus) (idem, ibidem, p.20).

Chama atenção que as pesquisadoras falam em “diversos momentos de constituição do self”, como se houvessem “etapas” neste processo, outra incoerência com os pressupostos da Psicanálise. Como resultado dos equívocos enunciados teoricamente, a intervenção com as mães também não escapa de contradições. Nas palavras das autoras: “indicar-lhe maneiras de sustentar a criança” e “construir” o olhar da mãe para seu filho, permanece indícios de uma prática centrada na orientação aos pais, apesar da tentativa de escapar desse modo de intervenção.

É certo que há mudanças: na orientação aos pais tradicional, o fonoaudiólogo prescrevia o que fazer, agora, eles são convidados a falar. A técnica utilizada com os pais, não é mais as perguntas pré-estabelecidas, mas escutar os pais para “acolher suas angústias”. Após constatar o que deve ser mudado, através das categorias estabelecidas, na relação mãe-criança, o fonoaudiólogo volta a intervir com a mãe, aponta o que deve ser mudado e “indica maneiras” da mãe lidar com a criança. Note-se que o trabalho é o mesmo que na orientação, há algo a ser corrigido pelo fonoaudiólogo, é preciso ensinar os pais a falar e cuidar da criança. A diferença é que na Fonoaudiologia tradicional os pais são orientados quanto às técnicas a serem utilizadas

com a criança, no trabalho destas pesquisadoras, a orientação é para a relação entre mãe e criança. E também, o clínico não abria espaço para a fala dos pais, agora, além da orientação eles também escutam a mãe, deixam a se “expressar”.

Deve-se interrogar se é possível orientar uma mãe sobre o que ela deveria sentir em relação a seu filho. Como base do trabalho de orientação à família, está a noção de comunicação. Como já dito por Rubino (1997), há uma adesão irrefletida de tal noção na Fonoaudiologia, em que linguagem adquire a função de acessório e representação. Está implícito que trabalhar a relação mãe-criança, assegura maior “transmissibilidade da linguagem”, ou seja, após ser orientada a mãe irá falar com o filho do modo que é necessário, o que resulta na possibilidade de ajustamento a suas necessidades:

O fonoaudiólogo busca ‘dar a conhecer’ o paciente como ele próprio vê. Seu objetivo é, em última análise, transformar a maneira como a mãe vê a criança. Se este é o seu objetivo, isso se deve à interpretação de que a mãe vê a criança [...] de um modo ‘distorcido’” (idem, ibidem, p.73).

Se o papel do fonoaudiólogo é “construir” uma nova possibilidade de a mãe olhar para o filho, como pretendido por Nagy e Passos (op.cit.), está implícito que a mãe o vê de um modo “distorcido”, como alertou Rubino (op.cit.). Como base deste modo de clinicar está a teoria da comunicação em que a relação de interlocução ocorre entre indivíduos, ou seja, sujeitos unos que detém o controle de si mesmos e da linguagem. Mais uma contradição inequívoca, para quem pressupunha uma aproximação à Psicanálise.

Como já dito por Arantes (op.cit), essas contradições são efeitos da miscigenação de teorias, as pesquisadoras apropriam-se de termos da Psicanálise como “constituição do *self*” para justificar o afastamento da Fonoaudiologia tradicional. Entretanto, cria-se um campo híbrido que não caracteriza a Fonoaudiologia e descaracteriza a Psicanálise. Considero a presença dos pais,

na clínica de linguagem, uma situação delicada e complexa, mas não é do recobrimento da complexidade das questões, com fragmentos de discurso clínicos de outros campos que se chegará a um lugar produtivo.

Na mesma trilha está o trabalho de Rangel (2006) que defende a necessidade de uma escuta diferenciada para a fala dos pais. Como Nagy e Passos (op.cit.), a autora não problematiza a migração de conceitos da Psicanálise para a clínica fonoaudiológica, estes são transpostos sem levar em conta que se trata de clínicas com objetivos diferentes.

A pesquisadora (op.cit.) tem como subsidio teórico o trabalho de Maud Mannoni (2004), através do qual ela define o objetivo da intervenção com os pais e o conceito de escuta. Para Rangel (op.cit.), o fonoaudiólogo deve compreender a demanda dos pais para o atendimento, decifrar o sintoma como uma linguagem e capturar o lugar que a criança ocupa na história transgeracional da família, isso porque os pais estão implicados na produção e manutenção do sintoma.

Para isso, a autora afirma que o fonoaudiólogo deve ter uma escuta diferenciada para a fala dos pais: “é justamente a escuta que permite ao fonoaudiólogo **desvendar** implicações do casal e da família, **contextualizando** o sintoma apresentado pela criança, sem desconsiderar possíveis aspectos orgânicos determinantes de dificuldades de linguagem” (idem, ibidem, p.11). Rangel ilustra o que seria “desvendar” e “contextualizar” o sintoma no relato de um caso: uma menina de quatro anos, que segundo a avaliação fonoaudiológica apresentava alteração na fala (trocas articulatórias e falava pouco), nos órgãos fonoarticulatórios e na voz:

A escuta me sugeria que a indiferença de Lúcia para com Tatá indicava uma fragilidade no vínculo entre a mãe e a criança e parecia revelar também dificuldades na alocação desta criança no grupo familiar. Esta observação me fez conjecturar acerca da implicação deste contexto na linguagem de Tatá. [...] A

criança se recolhia na alienação, os seus sintomas na linguagem poderiam se revelar como uma solução para suas questões (idem, ibidem, p.53).

Note-se que numa tentativa de transpor o conceito de escuta definido por Mannoni para a clínica fonoaudiológica, Rangel (op.cit) acaba por simplificá-lo: trata-se de uma investigação da relação entre mãe e criança para buscar o sentido do sintoma, ou seja, a pesquisadora procura uma explicação para o que determina a manifestação sintomática. No trecho apresentado, ela desvenda o sintoma: a indiferença da mãe em relação à criança estaria respondendo pela fala sintomática.

Foi para este modo de interpretar a fala dos pais que Arantes (op.cit.) alertou em seu trabalho: uma interpretação calcada no imaginário do clínico. Rangel (op.cit) busca o que está “latente” no sintoma, na fala dos pais. Se a aproximação é mesmo com a Psicanálise, devemos interrogar como seria possível chegar ao que ela denomina “latente” no discurso familiar, uma vez que “conteúdo latente” na Psicanálise, não é algo que se possa ter acesso fora de uma situação analítica, que envolve aquele que fala na sua relação transferencial com o analista. Arantes (ibidem) questiona se é possível falar, junto com a Psicanálise, em revelação de conteúdos latentes de forma tão desavisada. Além disso, cria-se um paradoxo, pois o conteúdo latente está na fala dos pais e o manifesto se apresenta na fala da criança. Assim, a interpretação de Rangel (op.cit) fica restrita, ao que Arantes chamou com Vorcaro, a partir de Allouch, de tradução compreensiva, noção já discutida anteriormente.

De qualquer modo, num primeiro momento, o trabalho com os pais tinha como objetivo desvendar o sintoma da criança. Para isso, Rangel (ibidem) realizava sessões semanais com os pais, em que utilizava a filmagem de algumas sessões com a criança. Segundo a pesquisadora, este recurso não era utilizado como o texto principal, mas sim como um pré-texto para os pais

observarem e levantarem questões sobre a criança, que eram discutidas com a fonoaudióloga. A pesquisadora (ibidem) afirma que não era possível prever o que seria discutido, mas é preciso considerar que a escolha por determinada sessão era feita pela fonoaudióloga. Assim, o primeiro momento foi escutar os pais, e a partir do que apareceu nestas falas, a autora não escapou de orientações sobre aspectos orgânicos e encaminhamentos para outros profissionais. Intervenções características do trabalho realizado tradicionalmente na Fonoaudiologia.

Após Rangel (op.cit) “desvendar” o sintoma: a “fragilidade no vínculo entre mãe e criança”, o objetivo do trabalho com os pais foi “ressignificar” a história da família, a partir de uma outra leitura dessa história pela fonoaudióloga. Note-se que há dois momentos neste processo, no primeiro a fonoaudióloga escuta a fala dos pais e realiza orientações e encaminhamentos. Ela continua a escutá-los durante todo o processo, mas, num segundo momento, são os pais escutam a leitura da fonoaudióloga para a história da criança. Intervenções que, segundo a pesquisadora, foram responsáveis pela resolução do sintoma:

O **incentivo** ao fortalecimento do vínculo entre Lúcia e Tatá trouxe **benefícios práticos** ao tratamento fonoaudiológico: facilitou as melhores condições de respiração da menina e, conseqüentemente, a aquisição da linguagem, já que a obstrução nasal – garantida pelos cuidados que passou a receber – permitiu um trabalho muito mais eficiente com os órgãos fonoarticulatórios. (grifos meus).

A intervenção com os pais está voltada para o “fortalecimento” da relação entre mãe e criança, mesmo objetivo de Nagy e Passos (op.cit). Rangel (op.cit) fala em **incentivar** o vínculo entre mãe e filha, como se estabelecer um vínculo fosse um ato voluntário que depende da mãe. Tal afirmação não condiz com a aproximação à Psicanálise adotada pela pesquisadora, mas sim com uma vertente da Psicologia que visa fortalecer o “vínculo mãe-criança”, a mãe é vista como sujeito consciente capaz de controlar a relação estabelecida com a criança. Parece haver

imiscuído aí um viés pedagógico. É certo que houve uma tentativa de mudança: a utilização da filmagem no lugar da observação da terapia e o não estabelecimento de questões prévias, que permite que os pais presentifiquem as inquietações que os tocam.

Note-se que a intervenção da fonoaudióloga foi fortalecer o vínculo, mas os “benefícios práticos” ao tratamento são descritos como mudanças de outra ordem. Isto é, o que produziu mudanças na fala da criança, foram questões orgânicas (respiração – desobstrução nasal). A pesquisadora oscila entre uma explicação para as mudanças na fala que a faz retornar a intervenção tradicional na Fonoaudiologia e uma interpretação a partir de conceitos psicanalíticos:

A articulação dos sons da fala teve uma boa evolução a partir do desejo da criança em ser bem compreendida [...]. O desejo de se apropriar de uma outra linguagem surgiu nessa paciente quando o envolvimento com os pais no tratamento já se fazia perceber nas relações familiares. (RANGEL, *ibidem*, p.86).

Chama atenção o fato de que as mudanças na fala, segundo a fonoaudióloga, não são afetadas por uma escuta particular para a fala da própria criança, mas pelas mudanças operadas no olhar dos pais para a filha ou por alterações nos órgãos fonoarticulatórios. Assim como no trabalho de Nagy e Passos (*op.cit.*), as autoras não rompem de vez com a tradição, mas recorrem à Psicanálise quando percebem seus deslizes. Constata-se na Fonoaudiologia o que é dito na Psicanálise, mas não se formulam questões singulares sobre como uma teoria permitira a criação de um campo de questões.

Nos trabalhos discutidos é marcante a diversidade de autores e de concepções teóricas convocadas para especificar o trabalho realizado com pais e o que se poderia “escutar” dessas falas a partir dos diferentes postos de observação. Porém há algo em comum: a relação utilitária,

já extensamente discutida pelos pesquisadores do Projeto¹³, e, muitas vezes, descuidada com esses campos, conceitos perdem sua força, ou tornam-se expressões vagas, que se misturam expressões do senso comum, como: “amenizar dificuldades”, “conhecer as próprias dificuldades”, “repensar das ações diárias”, etc.. Não se encontra qualquer relação consistente entre a mudança na fala e a natureza dos pressupostos teóricos escolhidos. Insiste o viés pedagógico, que se antes marcava a atuação do fonoaudiólogo junto à criança, passa agora a incidir na relação com os pais.

Apesar da diferença, no que diz respeito aos objetivos dos pesquisadores e dos fonoaudiólogos que abordam o tema, chama atenção, a articulação entre a presença dos pais no atendimento e um comprometimento orgânico na criança, tais como síndromes, deficiência auditiva, etc. Ou seja, independente da concepção teórica do clínico, via de regra, os pais são incluídos no atendimento fonoaudiológico devido ao comprometimento orgânico que afeta a história da criança e que, supostamente requer uma orientação especializada. Ao que parece, a presença dos pais é necessária ao atendimento em função da dificuldade em lidar com a criança e os efeitos de sua patologia. Como resultado, a função do fonoaudiólogo fica restrita a um trabalho de orientação aos pais, como se o modo de relação que se estabelece entre os pais com seu filho fosse uma escolha passível de controle. A expectativa é que eles possam controlar o quê e como falar à criança, como manipulá-la e estimulá-la. Como se todos esses aspectos, heterogêneos quanto à sua natureza fossem todos da instância do controle.

Mesmo os autores que se aproximam da Psicanálise, em suas diferentes vertentes não honram o compromisso com aquele campo. Como seria possível pensar que a relação mãe-criança poderia ser modificada a partir de um filme por ela protagonizado? Seria isso compatível com o que discute M. Mannoni sobre o “fantasma materno”? Como corrigir a interação entre mãe

¹³ Ver Lier-DeVitto (1995), Arantes (2001) e Landi (2000)

e criança, a partir da constatação de que os processos dialógicos se dão de maneira particular numa relação diádica? As direções diferentes, observadas nos trabalhos acima, parecem não conseguir deslocar a posição do fonoaudiólogo frente à fala dos pais.

O fonoaudiólogo acaba por realizar uma leitura da fala dos pais que se reduz a dar significado ao sintoma da criança, significação pautada na interpretação da terapeuta daquilo que responderia pela causa do sintoma. Assim, a função do fonoaudiólogo seria “ressignificar” a história da criança e do sintoma e devolver a leitura, muitas vezes pautadas no imaginário do clínico, aos pais, para que esses possam, também, ressignificá-la de acordo com a interpretação do terapeuta. O que ocorre, como vimos, é que o fonoaudiólogo estabelece uma relação de causalidade direta entre a história contada pelos pais e o sintoma apresentado.

O perigo é que a interpretação do fonoaudiólogo permanece, como disse, recoberta pelo seu imaginário, além disso, a significação do sintoma pelo clínico vem articulada a conceitos psicanalíticos que na migração para Fonoaudiologia perdem sua força teórica e acabam reduzidos e simplificados. Como afirmou Landi (2000, p.92): “toda interdisciplinaridade envolve risco de *desequilibrar forças* que supostamente poderiam operar em harmonia” (grifos da autora). A pesquisadora firma que a interdisciplinaridade é “arriscada”, pois pode tornar-se inviável a articulação de disciplinas, quando organizadas em princípios incompatíveis entre si.

Apesar da mudança no modo de ler a fala dos pais, através de conceitos psicanalíticos, a função do fonoaudiólogo continua a ser a de ensinar aos pais o modo como deveriam se relacionar com a criança, ainda que as hipóteses sobre a “inadequação” sejam diferentes. Ora, se tradicionalmente, o comprometimento orgânico estava em causa, e justificava o “ensinar a lidar com a doença”, agora o sintoma na linguagem é resultado não apenas do “déficit” da criança, mas, também, da relação que os pais estabelecem com essa “criança-sintoma”. Como já dito, o fazer clínico é o mesmo, muda-se apenas a “roupagem”.

O que caracteriza o modo como a Fonoaudiologia está configurada é a falta de uma teorização consistente, que sustenta a especificidade da clínica em questão. A discursividade que visa explicar e explicitar uma transformação na Fonoaudiologia apenas recobre o “já-dito”. Mesmo, e talvez especialmente, os trabalhos que se aproximam da Psicanálise, o discurso das fonoaudiólogas aparece recoberto de conceitos psicanalíticos sobre o sujeito. Assinala-se uma mudança questionável na concepção de sujeito, mas há deslizos na articulação teórico-clínica, permanece a noção de indivíduo e o referido viés pedagógico.

Diante da falta de teorização, acaba havendo uma simplificação do modo de clinicar. Intervenções com os pais que deveriam interrogar o clínico acabam apagadas. O fonoaudiólogo estabelece um jogo entre “certo x errado” no modo como os pais se relacionam com os filhos, e visa mudar essa relação obscurecendo sua face enigmática e o modo como esses dizeres tecidos na fala dos pais sobre a criança se articulam, ou sobredeterminam o sintoma. Mais que isso, uma questão crucial: ainda que se possa apreender elementos importantes, de que lugar particular o fonoaudiólogo poderia escutar?

Faz-se necessário uma teorização consistente e articulada a clínica para direcionar a escuta do clínico. Uma concepção de sujeito que seja coerente com a concepção de linguagem e de sintoma que sustenta a clínica, para isso, é preciso um encontro com outros campos. Encontro que, como assinalou Lier-DeVitto (1995) pautado pela alteridade, condição necessária para que a especificidade do campo em questão seja mantida.

Para finalizar este capítulo, esclareço que pude perceber a dificuldade da Fonoaudiologia, especialmente no que tange à entrevista e ao trabalho com pais de demarcar a especificidade de seu papel e um terreno em que a fala, o sujeito e sua doença ali comparecem. O que se vê é uma tentativa de alinhar o discurso médico, fragmentos do discurso da psicologia social e do psicanalítico e, até mesmo, alguns conceitos advindos das teorias de Aquisição de Linguagem.

Movimento que pode parecer “tentador” uma vez que a teoria está “pronta”, mas arriscado, como discutido por Landi (op.cit, 93-94):

O “romantismo” ou a “ilusão” da interdisciplinaridade [...] está em pensar que uma ciência estuda um ‘pedaço’ ou uma ‘parte’ de ‘*objeto empírico*’ e que os pedaços, uma vez somados, recomporão a totalidade. Esse movimento, se levado a cabo [...] faz perder a especificidade dos objetos teóricos – “pecado” da interdisciplinaridade -, que fomenta o romantismo” nela implicado”

Há uma tentativa de recobrir a falta de um dizer sobre a presença dos pais, com o discurso de outros campos, assim, a dificuldade de teorização do fonoaudiólogo é mascarada por conceitos de outras clínicas. Entretanto, menos do que resenha crítica desses trabalhos, vale pensar que há uma questão para o campo que se deixa ver nas tentativas de suturar uma falta. Qual a posição do clínico, quando os pais ocupam a cena clínica para falar daquele que supostamente sofre?

CAPÍTULO 2

A CLÍNICA PSICANALÍTICA COMO POSSIBILIDADE DE ENCONTRO

Neste capítulo, introduzo questões relativas à Psicanálise, a fim de interrogar as possibilidades de diálogo deste campo com a clínica de linguagem. O objetivo é estabelecer distinções sobre a função das entrevistas no atendimento psicanalítico com crianças, na tentativa de colocar em discussão os pontos de contato com a clínica de linguagem. Procuro uma relação de alteridade, pois reconheço que há limites nessa aproximação que deve considerar os objetivos particulares de cada clínica.

A Psicanálise tem seu nascimento marcado pelo gesto fundador de Freud, que promove uma ruptura com o pensamento médico, ao formular a hipótese de que o funcionamento psíquico subverte a fisiologia. O que significa dizer que o simbólico excede o orgânico, conseqüentemente, ele promove uma disjunção entre organismo e corpo simbólico. Ao fundar o inconsciente, Freud aponta para uma organização puramente psíquica da subjetividade. A circunscrição de um objeto próprio permitiu à Psicanálise, implantar uma clínica radicalmente distinta da clínica psiquiátrica, no que diz respeito, às possibilidades de abordar as doenças mentais que, em seu limite, deixam de ser vistas como doenças em sentido estrito.

Dedicar um capítulo desta dissertação às possibilidades de uma relação produtiva entre a Clínica de Linguagem e a Psicanálise tem uma dupla motivação: de um lado, nesta clínica, teoria

e prática são indissociáveis, o conceito de *práxis* é nuclear na Psicanálise, modo mesmo exemplar para pensarmos a clínica de linguagem como uma clínica que pode vir a ter maior consistência teórica, se enfrentar os desafios que têm origem em seu interior. Por outro lado, o atendimento de crianças foi (e ainda é) ali um tema polêmico e controverso. Assim, considero que compreender as dificuldades que a entrada da criança criou para a clínica psicanalítica é lugar fecundo para a reflexão empreendida nesta dissertação. Afinal, como indiquei na introdução, com o trabalho de Fonseca (2002), a entrevista com adultos na clínica de linguagem, parece melhor definida no que diz respeito à sua função diagnóstica.

É certo que a distinção entre os dois campos é condição necessária para o estabelecimento de um diálogo fecundo. Além da especificidade relativa aos objetos e objetivos em questão, vale lembrar que a trajetória de instituição desses campos foi radicalmente distinta. A Fonoaudiologia, ao contrário da Psicanálise, desde o início se estabeleceu como uma prática de reabilitação, e esteve voltada para o atendimento de crianças e adultos, sem que qualquer distinção fosse necessária, havia um conjunto de técnicas específicas para cada uma das patologias atendidas. Mais do que isso, um longo percurso foi necessário para que sua natureza adaptativa, centrada na supressão de sintomas, fosse colocada em questão. Apenas recentemente, a natureza desta clínica tem recebido alguma atenção.

Já a clínica psicanalítica produziu uma teorização sobre o Inconsciente e a sexualidade infantil, a partir de uma escuta singular do atendimento de pacientes adultos que eram convidados a falar. Essa escuta para a fala foi determinante na trajetória de Freud, na construção do aparelho psíquico. A título de exemplo, vale lembrar que Freud escreveu os Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade (1905), texto em que aborda a sexualidade infantil, a partir do que pôde inferir da fala de seus pacientes adultos e não da observação direta ou da clínica com crianças.

Assim, a possibilidade de atendimento de crianças introduziu, como veremos, um conjunto de questões-problema, que têm sido objeto de debate há muito tempo. Esclareço que pretendo eleger, em função do objetivo de meu trabalho, entre os inúmeros aspectos que têm sido focalizados nessa polêmica, o efeito da presença dos pais na clínica, especialmente, o efeito de sua presença nas entrevistas.

A discussão sobre a legitimidade do atendimento de crianças na Psicanálise, como assinala, é bastante antiga. Trata-se de uma polêmica que se estabeleceu inicialmente entre Anna Freud e Melanie Klein, e que embora aparentemente superada, uma vez que esta clínica foi efetivamente instituída, ainda impõe questões que não podem ser ignoradas, quais sejam: (1) se a Psicanálise de crianças é uma especialidade, (2) quais as diferenças entre a análise do adulto e da criança, entre outras. O escopo de questões é amplo e toca a condução da clínica, mas chega-se mesmo a indagar se a presença da criança não abalaria os fundamentos teóricos que sustentam esta clínica.

Em outras palavras, interroga-se se as diferenças estariam relacionadas ao manejo da transferência, que passa a ser atravessada pela presença do casal parental, ou se trata de uma adaptação da técnica, pontos que em seu limite abalariam os fundamentos da clínica, pois a transferência é pedra angular da clínica analítica e apagar o que a especificidade da criança introduz como questão para este conceito, recobrindo impasses com a noção de “adaptação de uma técnica” significaria operar uma redução. Embora tais questões sejam relativas à clínica psicanalítica, veremos - como já indiquei na introdução-, que a discussão sobre a criança e a presença dos pais na clínica é uma questão relevante também para a clínica de linguagem. Antes de particularizar a presença da criança, vejamos o que disse Freud sobre a função das entrevistas.

Com relação às entrevistas iniciais, primeiro contato do analista com o paciente, Freud (1913) denominou “tratamento de ensaio”. Esse contato ocorre durante uma ou duas semanas e é anterior ao início da análise. Para Freud, não há continuidade entre esses dois tempos, muito embora estejam sujeitos aos mesmos princípios: associação livre e escuta. Nesse período, o analista aceita o paciente provisoriamente para conhecê-lo melhor e se o tratamento for interrompido, ele não terá a impressão de que a tentativa de cura falhou. Freud (idem, p.165) afirma que durante o tratamento de ensaio “esteve-se apenas empreendendo uma ‘sondagem’, a fim de conhecer o caso e decidir se ele é apropriado para a Psicanálise”.

A importância desse período, anterior a análise, durar uma ou duas semanas se deve ao fato dos sintomas histéricos e obsessivos serem facilmente confundidos com demência precoce, o que faz com que o analista possa cometer um equívoco e assim adiar a cura do paciente. A distinção entre neurose e psicose era, para ele, fundamental para a continuidade do tratamento, uma vez que era interrogada a possibilidade de psicóticos serem aceitos em análise. Assim, segundo Quinet (1991, p.18), que acompanha a leitura que Lacan fez da obra freudiana, o objetivo do tratamento de ensaio o diferencia da análise, porque nele o que está em questão é o “estabelecimento do diagnóstico e, em particular, a do diagnóstico diferencial entre neurose e psicose”. Portanto, eles possuem a mesma estrutura, mas são diferentes no que diz respeito aos seus objetivos.

A maneira como a entrevista é iniciada é indiferente, pede-se ao paciente que fale sobre si e este escolhe por onde começar, como se pode ver nas palavras de Freud (op.cit, p.176):

o material com que se inicia o tratamento é, em geral, indiferente – a história da vida do paciente, ou a história de sua doença, ou suas lembranças de infância.

Mas, em todos os casos, deve-se deixar que o paciente fale e ele deve ser livre para escolher em que ponto começará.

Porém, prossegue o autor, é preciso mostrar ao paciente que a análise é diferente de uma conversa, ele deve dizer tudo que lhe vem à mente, mesmo se lhe parecer irrelevante. Note-se que o conceito de associação livre justifica uma decisão clínica.

Freud (ibidem), diz também, que durante o tratamento de ensaio está em questão o contrato, que inclui pagamento - para ele é necessário fazer acordos quanto ao dinheiro - tempo e periodicidade da análise, pois esses aspectos jogam um importante papel na condução do tratamento.

Vê-se que para Freud, as entrevistas são determinantes para a sustentação desta clínica, nela está em jogo uma série de aspectos que dizem respeito ao modo como o paciente está enlaçado a seu tratamento. Quero com isso dizer que nas entrevistas estão em questão os elementos que sustentam o tratamento, que devem ser consolidados nesse período, em que entrevista e diagnóstico se compõem, com a finalidade de orientar o tratamento.

Muitos desses aspectos, que sustentam a clínica psicanalítica, importam também a clínica de linguagem. Freud (ibidem) mostra a importância do dinheiro e assiduidade no tratamento, questões que tocam qualquer clínica, pois, como assinalei, diz do enlaçamento do paciente ou, no caso de crianças o de sua família com o tratamento, como vimos na discussão do atendimento de Gustavo, que apresentei na Introdução. O atraso no pagamento e as faltas que ocorriam com frequência, pois a mãe marcava outros compromissos no mesmo horário das sessões comigo, indicavam que o atendimento estava em risco. A interrupção do tratamento, de certa forma, já estava anunciado nesses gestos. Portanto, tais aspectos também estão em questão para o clínico de linguagem. Não pretendo com isso indicar que haja identidade entre as clínicas, mas há pontos

de contato inegáveis. Não acompanhar esses movimentos que operam ao longo do processo, e ater-se apenas ao vivido “em cena” com a criança, pode vir a comprometer o andamento do processo terapêutico.

De acordo com a leitura de Lacan, Quinet (op.cit.), refere que as funções das entrevistas preliminares podem ser divididas em três: “função sintomal”, “função diagnóstica” e “função transferencial”. A primeira relaciona-se à demanda de análise e está ligada à transformação do sintoma que o sujeito se queixa em **sintoma analítico**, isto é, a queixa em demanda endereçada àquele analista. O sintoma tem que passar, para o sujeito, de estatuto de resposta ao estatuto de questão, ele deve ser instigado a decifrar o sintoma. Nas palavras de Arantes (op.cit, p.82)¹⁴: “o sintoma deve adquirir, para o paciente, o **estatuto de questão ou de enigma**, ou seja, o sintoma deve passar de significado a significante: de um ‘saber sobre’ o sintoma para um ‘não saber’ sobre ele”. Neste momento, o analista deve procurar saber “a que este sintoma está respondendo, que gozo este sintoma vem delimitar” (Quinet, op.cit., p.21).

No caso da clínica de linguagem é fundamental indagarmos se é necessário que o sintoma venha tornar-se um enigma seja para a criança e seus pais, seja para o adulto. Penso que deva haver mobilização, desejo de mudança, mas não me parece fundamental para a clínica de linguagem que todo e qualquer paciente precise tomar o sintoma como enigma a ser decifrado. Deve haver engajamento e é inegável que, em casos particulares, se os pais chegam a interrogar-se sobre o que silenciou seu filho o andamento da clínica é beneficiado, mas é necessário reconhecer que se há desejo de mudança a clínica caminha. Entendo que a ausência de uma questão genuína ou, na expressão de Allouch, do desejo de “passar a outra coisa” é impeditiva, mas há que se reconhecer que se trata de uma questão de natureza distinta nas duas clínicas.

¹⁴ Arantes (op.cit.) trabalhou o texto de Quinet (op.cit) em sua tese de doutorado sobre o diagnóstico na clínica de linguagem.

Já a função transferencial, correlata a função sintomal, é necessária para que a análise seja iniciada, e envolve este jogo entre saber e não saber sobre o sintoma. Conforme observou Arantes (2001, p.82) para explicar tal função:

O analista, segundo Lacan, deve emprestar sua pessoa como suporte de um saber suposto a ele sem, contudo, identificar-se com essa posição. Ou seja, ao lado da transformação que deve ser operada no paciente, é preciso que o analista, ao acolhê-la possa sustentá-la enquanto questão para ele também. Instaura-se, assim, **a dinâmica da transferência**.

Quanto à **função diagnóstica**, ela aparece como determinante para a condução da análise. O diagnóstico só tem sentido se servir de orientação para o processo. Quinet (ibidem) explica que o diagnóstico é realizado no registro do simbólico, onde estão articuladas as questões fundamentais do sujeito, sua travessia pelo complexo de Édipo. Ele afirma que é preciso ultrapassar o plano das estruturas clínicas (neurose, psicose, perversão) para chegar, ainda que de forma provisória, ao plano dos tipos clínicos (obsessivo, histérico, etc.). Aqui está em questão a posição do clínico, que deve, a partir deste passo, dirigir o tratamento. Note-se que está em jogo na psicanálise uma questão particular a esta clínica, mas que deixa uma questão para a clínica de linguagem, a saber, como as entrevistas se articulam ao diagnóstico e, também, ao tratamento da criança.

Embora não esteja procurando, como assinalai, identidade entre a clínica de linguagem e psicanalítica, é indiscutível que há lugares de proximidade no texto de Freud (op.cit) e na leitura de Quinet (op.cit.), no que diz respeito, aos elementos que sustentam o tratamento. Na clínica de linguagem com crianças, como tentarei esclarecer, está em pauta nas entrevistas, as funções “transferencial” e “sintomal”, conforme apresentadas por Quinet (ibidem), temas que merecem atenção particular. Quanto à função “diagnóstica” colocarei em pauta em momento oportuno, se

ela está em questão nas entrevistas com pais na clínica de linguagem, uma vez que o clínico não tem contato com a fala do paciente neste momento.

Note-se que a função das entrevistas na clínica psicanalítica é bem delimitada, no entanto, quando se trata de crianças há diferenças neste procedimento. Como disse, apesar da clínica com crianças ter sido efetivamente instituída, há ainda impasses em relação às diferenças entre a análise de adultos e crianças, como também em relação à clínica de linguagem de modo geral.

Interessa a esta dissertação, o fato de que a transferência é afetada pelos agentes parentais, o que introduz particularidades ao tratamento. A criança não tem condições para enunciar sua queixa e procurar a ajuda de um profissional. Assim, a criança é levada à clínica por seus pais, o que marca uma diferença no modo de realizar entrevistas, pois são eles que enunciam seu sofrimento relacionado ao sintoma da criança e sustentam o atendimento.

Sobre essa questão, Vorcaro (1997) afirma que as resistências internas, encontradas no tratamento com adultos, são substituídas por dificuldades externas nas crianças: os pais que decidem pela continuidade ou não do atendimento. Quando há resistência por parte deles, na maioria das vezes, é necessário “agregar a análise das crianças, um influxo analítico sobre os progenitores” (FREUD, 1933 apud VORCARO, 1997). Com isso, é preciso um manejo da transferência também, ou principalmente, com os pais.

A entrada dos pais no atendimento é um ponto que importa também à clínica de linguagem de crianças, pois se enfrenta nesse espaço impasses semelhantes ao da Psicanálise, quando atravessada pela presença dos pais. A criança é levada à clínica pelos pais, são eles que enunciam uma queixa sobre o efeito de estranhamento, que a fala de seu filho provoca. A queixa, via de regra, é enunciada pelos pais, mas pode ter sido formulada por terceiros (médicos, escola, parentes, amigos, etc.). Porém, não basta a presença dos pais para o tratamento ser iniciado, é

uma condição, que eles possam enunciar um pedido de ajuda ao clínico. Como afirmou Arantes (op.cit, p.89), pede-se ajuda a “um especialista que, aos olhos dos pais, tem ou deveria ter a possibilidade de transformar a linguagem do filho”. É esse gesto que inaugura a clínica, o sintoma adquire, para os pais, estatuto de questão ou mesmo de um problema que pede solução e eles devem, portanto, atribuir ao clínico um saber.

Assim, é importante nas entrevistas, escutar como os pais formulam a queixa e se a iniciativa para a procura do atendimento partiu deles. Mais que isso, o que está em questão é se a fala de seu filho produz algum incômodo e se eles sustentam a queixa, ou seja, se o que dizem sobre o sintoma da criança os interroga e de que forma. Mais que isso, importa se esta questão é dirigida àquele clínico. Nas palavras da pesquisadora (ibidem, p. 97):

Parece-me condição fundamental, também na clínica de linguagem, que os pais sejam implicados no sintoma – é isso que pode sustentar o laço entre o terapeuta, a família e a criança. Laço, esse, que pode ser dito transferencial, na medida em que, se a queixa do outro se transformar em queixa dos pais [...] uma questão (dos pais sobre a criança) pode vir a ser dirigida ao terapeuta.

O estabelecimento da transferência autoriza o passo seguinte, a avaliação de linguagem. Para a pesquisadora, o clínico não deve realizar a avaliação de linguagem, se não estiver “autorizado”, isto é, antes que uma questão dos pais seja dirigida a ele. Por isso, a entrevista inicial é condição para que o tratamento da criança seja sustentado pelos pais, o que permite a permanência da criança em atendimento. É certo que esse passo ultrapassa o momento inaugural, uma vez estabelecida a transferência, não significa que esta seja mantida ao longo do atendimento. Portanto, a questão transferencial estará presente ao longo do processo, não apenas no início.

Sobre a transferência, Catrini (2005, p.55), na mesma direção de Arantes (2001), entende a transferência como “transporte de saber para o clínico de linguagem”, no que tange à materialidade da fala, ou seja, há uma impossibilidade do sujeito que chega à clínica de mudar sua própria fala. Assim, como diz Catrini (ibidem, p.55), não é possível supor a relação do clínico de linguagem e sujeito e/ou da família sem incluir a transferência, “contudo, o clínico de linguagem, dada a natureza de Saber que lhe é suposto e a densidade significativa que convoca sua escuta, **não interpreta a transferência**, mas a fala, seus movimentos, e o apelo do paciente **na transferência**”. Com isso, vemos que o clínico de linguagem não interpreta a transferência, mas também não fica indiferente a ela. Quero com isso dizer, que na clínica de linguagem é necessário captar os movimentos transferenciais e contra-transferenciais, aquilo que, na clínica de crianças, está na fala dos pais e que nos afeta de modo particular, mesmo que este não seja um lugar de incidência desta clínica.

Entende-se por essa via, que a aproximação aos conceitos que sustentam a Psicanálise, possa render para uma discussão sobre a clínica de linguagem com crianças. Os efeitos transferenciais também são estabelecidos nesta clínica, mesmo que o clínico não apreenda ou nomeie isso que se passa. Porém, não lidar com os efeitos da transferência pode ser determinante aos descaminhos de um atendimento. Entretanto, cabe sublinhar, que o saber suposto ao fonoaudiólogo é de outra natureza daquele atribuído ao analista, o que, conseqüentemente, assenta o clínico em outra posição frente à transferência. Esclareço: o pedido de ajuda dos pais dirigido ao psicanalista, não é o mesmo daquele dirigido ao fonoaudiólogo, também a escuta para tal apelo não é da mesma natureza da escuta do analista, ainda que o clínico esteja afetado pelos pressupostos da Psicanálise, trata-se mesmo de uma questão ética. De acordo com Vorcaro (1997, p.145)

A queixa endereçada ao analista, pelos pais, refere-se ao insucesso da criança para o gozo social, em que a criança é situada e oferecida como virtualidade a ela correspondente. A estranheza que ela causa ao não se integrar nessa transitividade leva-a pela mão de seus pais ao analista.

Este ponto, segundo Vorcaro, levanta uma interrogação para clínica psicanalítica: o tratamento é da criança? Dos pais? Da família? Se o sintoma da criança revela algo do inconsciente dos pais cabe interrogar quem deveria então ser analisado. Há certamente uma relação entre demanda e transferência, uma vez que a queixa dos pais endereçada ao analista refere-se ao insucesso da criança para o gozo social. O que inaugura e sustenta a clínica de linguagem, tanto com crianças como com adultos, é a “fala em sofrimento” (expressão de Fonseca, 2002) de um sujeito, o clínico é convocado a promover mudanças na condição de falante. Quando o sintoma se manifesta na fala, os pais estão implicados de maneira diferente da clínica psicanalítica, ainda que questões da mesma ordem possam estar em jogo. A queixa é direcionada para uma clínica que possui outro objetivo: provocar mudanças na fala que faz o sujeito/pais sofrerem. Portanto, o pedido dos pais ao terapeuta é de outra ordem, o que produz outros efeitos no imaginário dos pais.

Sobre isso, Vorcaro (2005, p.81) afirma que o fonoaudiólogo representa aos pais uma promessa de tornar a criança um falante ideal: “constata-se, portanto, o sistemático apelo social ao fonoaudiólogo calcado no estabelecimento de relação biunívoca entre a criança não-falante e o especialista em fazer falar”. Com os pais, há a ilusão de que o fonoaudiólogo fará a criança falar a partir de um treino técnico, o que afasta do rótulo da criança “psiquicamente perturbada”, que acompanha a procura pela clínica psicanalítica. Pode-se dizer que os pais pedem ao fonoaudiólogo, um falante ideal e ao analista um filho ideal. Apesar de haver um fracasso em não conseguir “ensinar” o filho a falar, me parece que a implicação dos pais é outra, quando não se deparam com o filho ideal que imaginavam ter. Seria possível a partir dos pressupostos da

Psicanálise aceitar um pedido de natureza adaptativa, como ocorre, muitas vezes, na clínica fonoaudiológica? Trata-se de um ponto complexo distinguir se aquilo que é veiculado na queixa dos pais não é um movimento subjetivo de uma criança que “se recusa” a aderir aos desejos do casal parental. Cabe lembrar, que a psicanálise não visa a normatização de comportamentos.

Já na Fonoaudiologia, trata-se de um pedido de que a fala do filho venha corresponder ao ideal da língua constituída. O fracasso da criança, aos olhos dos pais, é facilmente atribuível a questões orgânicas e ou cognitivas¹⁵. Via de regra, vem à tona a idéia de “aprendizagem” e “correção” dos problemas de fala, o que marca um distanciamento com a queixa para a clínica psicanalítica, que está relacionada à estruturação subjetiva da criança.

Os pais consideram que na clínica fonoaudiológica encontrarão um profissional que irá estimular a musculatura dos órgãos fonoarticulatórios ou aspectos perceptuais, para que torne possível fazer seu filho aprender a falar ou falar corretamente. Nessa perspectiva não haveria lugar para os pais no atendimento, a relação ficaria apenas entre a criança e o terapeuta, ou seja, entre aquele que corrige e aquele que aprende, no máximo, os pais seriam convidados a “reforçar o treinamento” em casa. Entretanto, a lida com a clínica revela que há nos casos de distúrbios de linguagem, questões complexas e imbricadas à estruturação subjetiva da criança, independentemente da presença ou não de alterações orgânicas.

Entende-se porque muitas vezes estranha-se o fato do fonoaudiólogo “brincar” com a criança ao invés de usar exercícios e técnicas específicas. Também nas entrevistas na clínica de linguagem, muitas vezes, há determinadas questões e pontuações do clínico, que vão além do que se espera da atuação deste profissional. Isto é, dizer que o sintoma da criança está ligado a problemas orgânicos ou cognitivos, pode até mesmo representar uma “ferida narcísica” em relação a um filho idealizado, mas é algo muito diferente de assumir que problemas de ordem

¹⁵ Ver Andrade (2003)

psíquica estejam em questão. Vemos que dificuldades no percurso de subjetivação, mesmo quando negadas, com o forte auxílio da psiquiatria - que atribui as causas de todos os sofrimentos ao funcionamento orgânico-, inexoravelmente, espelha questões subjetivas que concernem ao casal parental.

Embora muitas vezes as atitudes dos pais na clínica de linguagem sejam indicativas de que eles estejam aderidos à comodidade das hipóteses organicistas ou de que, aparentemente, nada sabem acerca da natureza do sintoma de fala, é possível apreender - em pequenos gestos, ou em falas entrecortadas e questões inesperadas-, que os pais têm na maior parte das vezes “um Saber que não se sabe”. É esse Saber que, nas entrevistas, pode retornar aos pais, a partir de uma intervenção do clínico de linguagem. Isso significa que muitas vezes, escutamos aquilo que os próprios pais não escutam na própria fala, e podemos tentar fazer com que eles se escutem, que se mobilizem pelo que disseram, uma vez que não se pode apagar o que foi lido. Porém, trata-se de um espaço delicado, que requer o reconhecimento dos limites de uma clínica e que coloca uma questão ética para a clínica de linguagem.

Há casos em que a escuta do clínico de linguagem pode apreender na fala dos pais um pedido destes para lidar com as próprias questões. Considero este um limite para o clínico escutar os pais, o clínico pode pontuar lugares de resistência e fazer com que eles questionem, mas se há um pedido é preciso que essas questões sejam elaboradas em outro espaço clínico.

Nos casos em que a escuta do clínico de linguagem não é suficiente para tratar questões específicas dos pais, é preciso um profissional que os acolha desde outro lugar, isto é, faz-se necessário um encaminhamento para a clínica psicanalítica. Entretanto, note-se que isso não exclui a intervenção do clínico de linguagem na constituição de uma demanda, mas para isso, os pais precisam ser indagados, trata-se de uma trajetória é sutil e delicada. Essas questões remetem, novamente, ao caso que discuti na Introdução, em que me deparei com um limite para

escutar e movimentar o que a mãe trazia nas entrevistas. Entretanto, o encaminhamento para outro profissional, foi também mal sucedido. Assim, vê-se que se trata de um encaminhamento que deve ser manejado de forma cuidadosa pelo clínico de linguagem, em que o sucesso depende da relação entre pais e terapeuta.

O modo como os pais estão articulados à especificidade do sintoma que se presentifica na fala, depende de um deciframento que tem limites dos domínios da clínica de linguagem. Nos casos em que há algo possível de ser apreendido, é preciso escutar os pais, mas sem a ingenuidade de que se pode proceder ao deciframento, e nem tão pouco chegar às redes que se articulam na composição última de um sintoma, que é efeito de uma relação triangular complexa, cujos efeitos se dão a ver na fala da criança.

O que poderia permitir ao clínico de linguagem ler na fala dos pais, algo além do que eles esperam é, certamente, uma aproximação cautelosa ao corpo teórico da Psicanálise em função dos motivos já expostos, quando justifiquei minha aproximação à este campo. E, principalmente, a própria análise do clínico, mas este ponto é extremamente complexo, pois não há como exigir ou supor que todo profissional que lida com sintomas de linguagem, tenha que necessariamente ser analisado, embora considere que quando se assume a imbricação entre estruturação de linguagem e estruturação subjetiva, esta questão deveria ser problematizada.

Na clínica de linguagem se faz necessário tentar deslocar a concepção de sintoma corrente, de que trabalhamos com defeitos de fala, que são determinados por alterações no circuito “boca-orelha” (expressão de Benine, 2001). É preciso fazer com que eles sejam tocados pela questão da linguagem de forma mais ampla. Para isso deve-se deslocar a concepção que os pais têm de sintoma e manejar as situações movimentadas pelo jogo transferencial presente na clínica de linguagem.

Diante da presença da criança e da necessidade incontornável de lidar com o casal parental, os trabalhos que abordaram as entrevistas psicanalíticas na clínica com criança trouxeram à luz, uma discussão sobre os modos como os pais poderiam estar articulados ao sintoma da criança, ou, no limite, colocaram em questão se a criança seria um sintoma dos pais. Ponto que conforme entendo é importante também para a clínica de linguagem na lida com os pais, mesmo que não seja do escopo desta clínica incidir do mesmo modo neste lugar.

Assim, há de um lado questões teórico-clínicas, e de outro, ainda que irremediavelmente articuladas, questões relativas aos procedimentos clínicos propriamente ditos, tais como: o modo como os pais podem/devem ser incluídos, qual o limite para a presença deles ao longo do tratamento, como a eventual resistência do casal parental pode afetar o atendimento da criança e como estes estariam implicados no sintoma do filho para formular uma demanda e sustentar tal atendimento.

Para tocar tais questões, introduzo a reflexão de duas autoras que tiveram amplo reconhecimento no campo da psicanálise infantil: Maud Mannoni (2004) e Françoise Dolto (2004)¹⁶. Ambas são autoras que foram afetadas pelo pensamento de Jacques Lacan. Para elas, as entrevistas têm uma função clara que é estabelecida pela direção teórica assumida. Não pretendo e nem poderia fazer uma crítica interna ao trabalho das psicanalistas, mas mostrar que cada gesto clínico é determinado por uma direção teórica definida, isto é, as escolhas são determinadas a partir da maneira como se define a natureza do sintoma, a concepção criança e, conseqüentemente, do entendimento sobre o sintoma na/da criança.

Os pais, para as psicanalistas, não são deixados de fora do atendimento, o modo como elas concebem o sintoma da criança entende que os pais fazem parte de sua constituição. Assim, escutar os pais, nesta clínica, faz parte de um procedimento para compor o texto diagnóstico. É da

¹⁶ Prefácio da obra de Maud Mannoni: A primeira entrevista em psicanálise (2004).

articulação entre a fala dos pais e o sintoma que se presentifica na criança, que o analista chega ao diagnóstico e à direção do tratamento.

Mannoni (ibidem, p.36) parte da noção de que estamos inscritos num sistema de parentesco, em que “a história de cada um reflete na maneira como nela se reage”. A criança que é trazida ao analista está situada numa família e carrega o peso da história de cada um de seus pais. Sobre isso, Dolto (2004) explica que um ser humano, antes do nascimento, já está marcado pela maneira como é esperado, e depois, pelo que representa sua existência real diante das projeções inconscientes dos pais. Note-se que há uma articulação entre teoria, que supõe a anterioridade lógica da linguagem - em que a criança é falada e idealizada antes de nascer - e a clínica. A inclusão dos pais é sustentada teoricamente, pois as marcas do discurso familiar são determinantes da configuração do sintoma.

Mannoni (op.cit.) afirma que ao final da primeira consulta com os pais, as questões a serem respondidas pelo analista são: quem é essa criança? Quem são seus pais? A partir disso, ela procura compreender o que pôde determinar o sintoma na criança. A pesquisadora enfatiza que esta não é uma relação direta de causa e efeito e prossegue dizendo que o prejudicial é a recusa dos pais em ver tal desordem. Não é o confronto da criança com a realidade que é traumatizante, mas o confronto com a mentira do adulto. Portanto, segundo Mannoni, a atenção do psicanalista deve recair nas palavras dos pais, em especial nas da mãe, pois a posição do pai, para a criança, vai ser determinada pelo lugar a ele designado pelo discurso materno. O que vai ser determinante, para o modo de resolução do Édipo da criança.

Assim, após escutar os pais, a autora realiza uma interpretação para o que determina o sintoma da criança, fundamentada em uma teorização que gira em torno da resolução do Édipo da criança. Interpretação que a pesquisadora chama de “sentido do sintoma”, e no qual articula a história da criança - relação com familiares, muitas vezes também a história dos pais - e teoria.

O objetivo desta interpretação é “compreender o lugar ocupado pelo indivíduo no mito familiar a fim de, se ainda [...] [houver] tempo, poder dar-lhe uma significação distinta [...] [daquela] fixada exclusivamente pelo devaneio materno” (idem, ibidem, p.94). Com isso, a partir das entrevistas o analista decide se a análise é indicada para a criança. Mudanças na criança dependem da presença dos pais, portanto, a direção da análise deve incluir os pais. É através da história da criança, contada pelos pais, que o analista compõe o texto diagnóstico.

Assim, a entrevista é, para as autoras, o lugar em que se tece o diagnóstico estrutural da criança. Já na clínica de linguagem com crianças, embora as entrevistas importem ao diagnóstico, ele ali não pode se fechar, pois o olhar do clínico ainda não se voltou para a fala da criança. A interpretação do clínico de linguagem, para a fala da criança, implica uma análise lingüística desta fala. Está em jogo, o funcionamento da língua e o modo singular que a fala está arranjada, para que tenha produzido efeito de patologia na escuta de um outro falante. Importa a relação com a densidade significante da fala e os efeitos sobre a criança e o outro, ou seja, a relação da criança com sua própria fala, com a fala do outro e com os efeitos de sua fala sobre o outro. A avaliação de linguagem, propriamente dita, não é atravessada pelo discurso parental, embora nela ressoem o que se disse sobre a criança.

Nas entrevistas, não apenas naquela que ocorre no momento inicial, o texto sobre a fala da criança pode ser movimentado, interrogado, para que eles possam se envolver no tratamento, o que pode mudar a posição dos pais frente ao sintoma da criança. Tal deslocamento é realizado no instante clínico, em que estão em jogo, os efeitos do discurso dos pais sobre o terapeuta e vice-versa.

O clínico de linguagem conduz a entrevista a partir de sua escuta, “do efeito de um corpo-teórico (que precisa a noção de ‘escuta’) no corpo-do-clínico na sua escuta”, é o que afirma Faria (2004, p.118) a partir de Carvalho 1995 e Lier-De Vitto, no prelo. O clínico não pode deixar

escapar a densidade significante da fala dos pais e do modo singular que o discurso é articulado. Assim, a escuta do clínico é para o significante e não para o que possa ser significado na fala dos pais.

Muitas vezes, é o modo como a fala é encadeada ou a entonação na fala dos pais que afeta o clínico. Não se trata do que os pais disseram, mas sim do modo como os significantes são articulados em seu discurso. E, assim, sob efeito das falas dos pais, o terapeuta faz pontuações dirigidas a eles no instante da entrevista. Pontuações que podem afetar os pais e fazê-los interrogar seu modo de relação com a criança, ou seja, mudar a posição dos pais em relação à fala sintomática do filho.

Os pais contam a história da criança e o clínico escuta sem procurar “compreender” e se guiar por expectativas prévias, o que impede de dizer previamente, o que importa ou não, na fala dos pais. Este modo do clínico de linguagem interpretar a fala dos pais implica a suspensão do saber, e só é possível, a partir de uma escuta teoricamente orientada sobre linguagem, sujeito e sintoma. É a teorização que sustenta uma escuta específica nas entrevistas.

Lembro, uma vez mais, que na clínica de linguagem a queixa dos pais é produzida a partir do efeito da fala da criança, e o objetivo do clínico é movimentar as manifestações sintomáticas que ali se presentificam. Já na clínica psicanalítica os sintomas na fala não estão em foco, o psicanalista não é chamado a responder por este sintoma, mas para uma questão relativa à estruturação subjetiva da criança, assim a escuta do analista é direcionada para a estruturação do sujeito, lugar onde incide a interpretação do clínico.

Em suma, o que marca a distância entre a clínica de linguagem e psicanalítica é a escuta do clínico. Escuta teoricamente orientada, muitas vezes, pela mesma teoria, mas diferenciada pelos objetivos da clínica. Esclareço, o analista faz uma leitura da fala dos pais a partir, principalmente, da teoria sobre o complexo de Édipo, com vistas a estabelecer o diagnóstico. O

clínico de linguagem pode ficar sob efeito dessa teoria, mas não interpreta o sintoma ou a fala dos pais a partir dela. Os conceitos psicanalíticos podem fazer com que o clínico de linguagem seja afetado de maneira diferente pela fala dos pais, o que pode resultar numa pontuação ou interrogação dirigida aos pais. No entanto, o clínico não utiliza tais conceitos para interpretar a fala dos pais durante as entrevistas ou a fala da criança.

Passo agora a uma discussão sobre as entrevistas com pais na clínica de linguagem, a partir de três casos clínicos, atendidos por mim, os quais a presença dos pais me tocou de certa forma. Pretendo com isso, movimentar o que foi discutido nesta dissertação.

CAPÍTULO 3

SOBRE AS ENTREVISTAS NA CLÍNICA DE LINGUAGEM COM CRIANÇAS

Do que pôde ser visto até agora a presença da criança na clínica traz complicações que exigem um manejo específico. Com relação aos trabalhos do Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, é possível observar um avanço importante no que tange ao encaminhamento das entrevistas. Nos trabalhos de Arantes (2001), que trata da clínica com crianças, e Fonseca (2002), que se ocupa da clínica com afásicos, questões relativas à demanda, ao modo de acolhimento do sofrimento do paciente e a implicação deste ao tratamento são postas em questão.

Fonseca (2002, 2006) traz uma novidade em seu trabalho: convocar apenas o afásico para a primeira entrevista. É ele que irá dizer, sob suas condições, sobre o sofrimento provocado pela manifestação sintomática em sua fala. É um ato simbólico que estabelece posições no tratamento. Mais do que isso, nesse momento, o paciente autoriza, ou não o clínico a tratar de sua fala, ou seja, transfere ao clínico um saber que possa mudar sua condição atual de falante¹⁷.

Assim como na clínica com crianças há uma “função transferencial” (expressão de Quinet, op.cit.) nas entrevistas com afásicos, cria-se um laço que sustenta o atendimento. O

¹⁷ Sobre isso ver Fonseca (2002, 2006) e Catrini (2005)

clínico já neste momento entra em contato e, portanto, enfrenta o que há de enigmático na fala do sujeito, o afásico assume posição de falante (rompida com a afasia) e demanda mudanças:

Enquanto acontecimento dirigido ao terapeuta de linguagem, o sintoma vem como enigma que, no *setting* clínico, afeta de modo particular a escuta do terapeuta para sua própria língua, i.e., o sintoma o desloca da posição de um “já saber”. O paciente é deslocado da posição clássica de “paciente/passivo” (não falante de sua língua) para a posição de falante que tem demanda e que não está fora nem da língua, nem da língua materna. (FONSECA, 2006, p.338)

É neste momento que um apelo de mudança é dirigido ao clínico, como na clínica com crianças. No entanto, o apelo é feito pelo próprio sujeito, e não por seus pais, como já discutido, são eles que dizem sobre o próprio sofrimento provocado pela fala da criança. Questiono se esta configuração implica a permanência da criança na posição de “paciente/passivo”. Acredito que não seja o caso, uma vez que a “função transferencial” não acaba no momento da entrevista com os pais, ela ultrapassa esse momento para o encontro com a criança, na avaliação de linguagem. Entretanto, nas entrevistas, o deslocamento a ser feito com os pais diz respeito à posição de falante da criança, mesmo que esta não esteja presente para assumir tal posição.

Acrescento que convocar o afásico e não a família para a entrevista, não quer dizer que esta é deixada de fora do atendimento. Muitas vezes é necessário um manejo com os familiares para que o tratamento não seja interrompido, uma vez que, geralmente os pacientes estão impossibilitados de se locomover sozinhos e por isso precisam da presença dos familiares. Mais do que isso, a afasia provoca efeitos no sujeito e naqueles que estão a sua volta, já que há uma ruptura na posição de sujeito e na ilusão de falante (e semelhante) de uma comunidade (FONSECA, 2002), quando a afasia está em jogo¹⁸. Há um antes e depois na condição de sujeito que precisar ser sustentado pelo afásico. Sem dúvida há efeitos na família do afásico que se

¹⁸ Sobre isso ver Fonseca (2002, 2006) e Marcolino (2004)

depara com a nova condição do sujeito. Por isso, Catrini (op.cit.) afirma que importa também ao manejo da clínica, os efeitos da afasia nas relações familiares do afásico.

Considero que a entrada da família nesta clínica é de outra natureza quando comparada a inclusão dos pais no atendimento. Os familiares sofrem com os efeitos da afasia sobre o sujeito que muda de posição na estrutura familiar, enquanto os problemas da criança podem ser entendidos como um sintoma dos pais e, portanto, se articulam de outra forma ao tratamento.

A presença do afásico permite que a entrevista inicial tenha também função diagnóstica, uma vez que coloca o clínico frente ao que faz sofrer o sujeito já na entrevista inicial. O mesmo não ocorre na clínica com crianças em que tais instâncias, embora articuladas, acontecem em tempos distintos. Neste momento, o terapeuta já está sob efeito da densidade significativa da fala do próprio paciente, lugar de incidência da interpretação do clínico, e que dá um caráter diagnóstico às entrevistas, pois como apontou Fonseca (op.cit.) tais procedimentos estão entrelaçados.

Este aspecto confere uma diferença relativamente à clínica com crianças, como já discutido, nela as entrevistas possuem caráter diagnóstico, mas não se entrelaçam diretamente com o tratamento. O sofrimento é enunciado por outros, portanto, o encontro do clínico com a densidade significativa da manifestação sintomática é realizado em momento posterior: a avaliação de linguagem. Momento este que é autorizado (ou não) pelos pais nas entrevistas.

Sobre os procedimentos da entrevista na clínica com crianças, segundo Faria (2004), estes não são instituídos previamente (número de entrevistas, pessoas presentes em cada uma, etc.), cada passo tomado pelo clínico é efeito da singularidade do caso, ou seja, as direções tomadas são guiadas pelo que de singular toca a escuta do terapeuta. A pesquisadora acrescenta que o tempo da entrevista é equivalente ao tempo necessário para a marcação de posições.

Os trabalhos de Arantes (op.cit.), Andrade (2006) e Faria (op.cit.) apontam para a necessidade de suspender a idéia de encontrar um “motivo verdadeiro” para o sintoma da criança. Assinalam que é frequente o fonoaudiólogo cair na ilusão de poder contornar o imprevisível na leitura da fala dos pais e, assim, apreender um sentido (causa orgânica ou psicológica) para o sintoma da criança.

Vimos em parte dos trabalhos apresentados no capítulo 02, as diversas tentativas dos fonoaudiólogos de tentar abordar **todas as temáticas** (social, psicológica, orgânica e cultural) na entrevista. Esse gesto que parece servir à fixação de um sentido imaginário para o terapeuta não favorece, mas dilui a exigência do aparecimento da demanda específica. Conforme já discutido, o fonoaudiólogo quando preso a este saber imaginário, tranquiliza-se, pois supõe deter o sentido do sintoma, isto é, o saber sobre sua causa, ainda que não possa incidir sobre ela.

Acompanho Arantes (2001) quando afirma que a “história” da criança importa tanto naquilo que a fala dos pais traz de ‘objetivo’ como de ‘subjetivo’. Texto/história que fica sob efeito imprevisível do jogo clínico, tanto do lado do terapeuta quanto do lado dos pais. Para Andrade, (op.cit., p.351):

O clínico não está sendo confrontado com a história do paciente, mas sim com **uma possível versão** dessa história. É importante chamar a atenção para o fato de que a emergência dessas ‘possíveis versões’ depende da maneira pela qual o terapeuta acolhe o que lhe é dito.

A pesquisadora completa que toda e qualquer história só pode ser concebida como efeito de interpretação, o que é dito pelos pais já é uma interpretação, que afetará o texto diagnóstico produzido pelo terapeuta. Neste sentido, Arantes (op.cit) afirma que a criança sobre a qual falam os pais é “imaginária”, eles falam de um filho que gostariam de ter tido e muitas vezes falam de si. Entende-se, por aí, as contradições na história da criança narrada pelos pais.

Em uma situação de entrevista com pais é a história, seja ela da doença ou do sujeito o que está em questão, não importa os fatos em si, mas o modo como os pais contam a história. Mas o que seria contar uma história? Em nenhum dos casos – foco na história da doença ou do sujeito - o que se obtém é uma série de documentos que podem ser organizados e revelar o que foi objetivamente registrado, documentado. Lacan (1979) afirma que toda história tem um caráter de ficção. Ficção que coloca o narrador na posição de criar uma ficção de si quando conta a própria história, ou de construir um personagem que também diz de seu criador, quando opera a reconstrução do vivido.

Grimberg (1996) afirma que na entrevista psicanalítica, contar a história tem um estatuto de lugar de recordação: “do lado da psicanálise, a entrevista clínica pode ser situada no limiar da rememoração, visando não o doente, mas o sujeito que, uma vez lançado na anamnese, vai ao encontro da memória que o determina” (idem, ibidem, p.05). A autora defende que há um funcionamento analítico na memória, sendo assim, há subjetivação presente na recordação, isto é, ao contar sua história o sujeito traz suas lembranças. O sujeito está implicado naquilo que da memória passa a fala.

Por isso, nas entrevistas com pais, o que está em questão é a recordação dos pais sobre os fatos, a história que o clínico se depara é a versão dos pais sobre a criança e seu sintoma. Assim, pai e mãe trazem versões diferentes da história da criança, pois o modo como o que foi vivido toca cada um é diferente, além disso, a leitura de cada um para os fatos depende da história de cada um.

A Psicanálise se entendida como alteridade deveria nos fazer interrogar o que significa a busca histórica do que foi a singularidade factual de um paciente, vale acompanhar Guilerault (1996, p.125) quando diz:

evitemos a armadilha do historicismo, que implicaria para o analista reconstruir como historiador, ou quase, o passado esquecido ou recalado da história do sujeito. Isso seria apenas sair de um impasse (biologizante, psicologizante) para cair noutra (historicizante)..."

Guardada as diferenças entre campos, falar sobre um filho que apresenta um problema traz à tona a dimensão de um desejo frustrado, isto é, de uma ferida narcísica.

A história é sempre escrita em momento posterior, é o que afirma Leite (2006), a partir de Lacan. Segundo a autora, no aparelho psíquico há uma série de sensações que só recebem significação *après cours*, por isso, segundo ela, entende-se que um evento traumático não necessariamente vem de algo vivido, mas de uma invenção ou ficção do real. Como se vê, o vivido é irrecuperável, toda história é lida, significada em momento posterior. Impossível não levar em consideração a questão colocada por Clavreul (1983) que tentar reconstruir uma história é sempre construir um mito, entende-se a tendência dos povos de reescrever sua história à posteriori, a história tem suas raízes no mito.

A questão não é simples uma vez que, como afirma Lacan (op.cit.), "a história não é o passado. A história é o passado na medida em que é historiado no presente - porque foi vivido no passado. O caminho da restituição da história do sujeito toma a forma de uma procura da restituição do passado" (idem, ibidem, p.21). A restituição é o que se busca através das técnicas na análise.

A questão é "qual o valor do que é reconstruído do passado do sujeito?" (idem, ibidem, p.22). De fato, o que o sujeito revive, rememora, os eventos formadores da sua existência não é tão importante, mas sim o que o sujeito reconstrói disso. Trata-se da leitura, da tradução qualificada, experimentada, do criptograma que representa o que o sujeito possui atualmente na sua consciência.

Assim, o revivido exato que o sujeito lembra como sendo verdadeiramente dele, verdadeiramente vivido não é essencial: “a restituição da integralidade do sujeito [...] apresenta-se como restauração do passado. Mas o acento recai sempre mais sobre a face da reconstrução que sobre a face da revivescência, no sentido que estamos habituados a chamar “*afetivo*”. (idem, *ibidem*, p.23). Importa mais a reconstrução do que a revivescência do fato. Trata-se menos de lembrar e mais de reescrever a história.

Entendo que é necessário na clínica de linguagem, tomar distância da idéia de ir em busca da verdade original da história de um sujeito, pois na realidade sempre será presentificado na fala dos pais uma série de elementos que dizem respeito a um personagem por eles construído.

Assim, a partir dos elementos trazidos para a discussão sobre as entrevistas, passo agora a discutir o atendimento de alguns pacientes em que as entrevistas com pais, durante o processo terapêutico, representaram a instância de maior complexidade. Elegi, para apresentar nesta dissertação, casos que me tocaram de maneiras diferentes. Em alguns, o modo como encaminhei as entrevistas possibilitou dar continuidade ao tratamento, apesar da resistência dos pais. Outros foram interrompidos e apenas muito tempo depois pude ler o que havia se passado. Há ainda aqueles que poderiam ser denominados “crônica de uma morte anunciada”¹⁹, casos que apesar de ter percebido a tempo um movimento da família no sentido de interromper o tratamento, não pude evitar que ele descarrilasse. Esclareço pude apreender outros efeitos e articulações em momento posterior a cena, na leitura do material clínico.

¹⁹ Faço referência ao romance de Gabriel Garcia Marques

EDUARDO

Começo por Eduardo, um caso cujo atendimento esteve em risco, mas pôde ser recuperado. Conforme discutido no capítulo anterior, é possível dizer que o movimento que marcou o processo terapêutico esteja relacionado à configuração da transferência dos pais. Ao longo do atendimento, pude perceber um movimento dos pais de resistência²⁰, que ameaçavam a continuidade do trabalho e foi preciso realizar novas entrevistas, para que o tratamento pudesse vir a ser sustentado. Considero que a resistência foi movida por questões específicas dos pais, principalmente do pai e de fatos relacionados à sua história de vida. Foi preciso um deslocamento na fala do pai, para ele poder se voltar ao sintoma do filho. Vejamos.

O contato inicial foi realizado por telefone com a mãe de Eduardo, que já de início colocou uma exigência que seria determinante na escolha do profissional: este deveria atender aos sábados, único dia da semana em que seria possível levá-lo ao atendimento.

Na primeira entrevista compareceram os pais de Eduardo, Fábio e Eduarda, e apesar de ter convocado os dois, a presença do pai me surpreendeu, pois na clínica de linguagem nem sempre os pais costumam comparecer, ainda que sejam convocados. Considerei o comparecimento do pai indício de seu interesse pelo tratamento do filho. Além disso, quando o tratamento foi iniciado, os pais pareciam ligados ao tratamento do filho ambos assumiam funções e papéis diferentes no atendimento, o pai era responsável por levar Eduardo à terapia e a mãe combinava os horários e comparecimentos (negocia as faltas e presenças).

Eduarda contou que seu filho tinha quatro anos e em seguida enunciou a queixa: “Eduardo demorou muito para falar” (*sic*) e o pai completou: “às vezes fala enrolado: ‘potópotó’ [...] fala muito

²⁰ Cabe assinalar que o uso de resistência não faz referência ao conceito freudiano, embora seja inegável que em certo sentido haja uma certa aproximação.

rápido: ‘petépeté’, come as palavras e só agora começou a construir frases” (*sic*). Eles lembram que quando era bebê, Eduardo não falava nada, nem mesmo balbuciava com um ano de idade. Ele falou uma vez “papai” e depois nunca mais repetiu.

Chamou minha atenção que queixas sobre Eduardo ultrapassavam a fala. Eles diziam que o filho “sempre foi uma criança difícil para sorrir” (*sic*). O que pareceu mais significativo e determinante para a procura do atendimento foi uma “regressão de Eduardo após o nascimento da irmã” (*sic*). Para a mãe, “é como se estivesse cuidando de uma criança de dois anos” (*sic*) e o pai completou: “não consigo fazer as coisas da faculdade” (*sic*). Os dois relataram que tiveram que mudar alguns hábitos, eles não conseguiam mais sair de casa por causa das “birras” e da “agressividade” de Eduardo. Do modo como foi feita esta afirmação, era possível supor que esse aspecto era o que mais incomodava os pais.

Eduarda contou que “ele **imita a TV** [...] Eduardo gosta mais dos comerciais do que dos programas [...] ele decora os comerciais” (*sic*). Fiquei incomodada com a fala da mãe e retomei essa questão, os pais contaram que ele havia aprendido a falar e ler pela televisão. Contaram como se isso fosse um acontecimento “natural”, como se não representasse um problema. O que incomodava os pais foi o fato de Eduardo vir a falar tardiamente e ler precocemente, de algum modo o menino parecia representar um enigma para eles, pois tratava-se de uma contradição para os pais: ter um filho inteligente o suficiente para aprender a ler sozinho, mas não para falar. Os pais relataram também que Eduardo tinha “dificuldade em confiar nas pessoas” (*sic*), como exemplo, disseram que ele já sabia ler, mas demorou a mostrar isso para a professora, só mostrou quando ganhou confiança.

Na sequência, os pais contaram que Eduardo havia passado por um atendimento psicológico, pois ele “se isolava” (*sic*). A diretora da escola de Eduardo sugeriu “sem saber” (*sic*) que Eduardo era autista e aconselhou a procurar por um psicólogo. Fato que deixou os pais com

muita raiva, não apenas pelo “diagnóstico” dado ao filho, mas pelo modo como foi realizado: “ela falou no portão, quando Eduarda foi buscá-lo na escola, na frente dos outros pais” (*sic*) [...] ela disse que Eduardo tinha todas as características de autista, era trancado no mundo dele” (*sic*).

Os pais procuraram uma psicóloga, mas esta afirmou que Eduardo não era autista. Entretanto, a inquietude do casal continuou, pois a psicóloga disse que a criança tinha um “distúrbio” (*sic*). O atendimento foi interrompido após quatro sessões, pois segundo o pai: “não deu certo, pois a psicóloga não sabia nada, estava ‘testando’ Eduardo, queria usar como estudo” (*sic*). Ele acrescentou: “não deu em nada [...] talvez fosse mais produtivo um trabalho com os pais [...] o que fazer...” (*sic*). Como veremos a seguir, essa não será a única ocasião que o pai desqualifica os profissionais que nomeiam o sintoma de Eduardo. Pude observar ainda na afirmação de Fábio que ele gostaria que fosse feito um trabalho com ele na linha de uma orientação. Talvez fosse um pedido de ajuda dos pais, pois eles não sabiam como agir frente à criança e suas dificuldades, procuravam um profissional que pudesse ajudá-los com isso. Para resumir, os pais decidiram além de interromper o tratamento com a psicóloga, trocar também Eduardo de escola.

Sobre o possível diagnóstico de autismo, Eduarda contou que percebeu que o filho era diferente ao compará-lo com outras crianças. Eles procuraram a definição de autismo na internet e achavam que o filho não correspondia ao que era descrito. Para a mãe: “quanto mais eu lia mais eu tinha certeza que não era” (*sic*), já o pai “algumas característica ele tinha [...] uns 30%” (*sic*). No entanto, quando falavam de Eduardo sempre descreviam as características do quadro de autismo: dificuldade de sorrir, falar, fazer laço, decora comerciais...

Ao final da entrevista, retomei a questão da fala e o pai repetiu o que havia dito no início da entrevista: “ele tem uma dificuldade para falar [...] não forma direito os sons, tem sílabas que ele não consegue falar [...] encontro consonantal [...] fala muito rápido” (*sic*). Já Eduarda falou de sua angústia, pois o filho já iria fazer cinco anos e ela sempre pensava “com quatro ele vai melhorar, com três ele

vai melhorar, mas não está melhorando” (*sic*). E então o pai colocou o que ele interpretava como o sofrimento de Eduardo: “**ele** fica irritado, pois não consegue falar” (*sic*), se falasse “**ele** já ia se sentir melhor” (*sic*). Não pude perceber a esquiva do pai para falar de si: ele colocava a sofrimento de seu filho e não a própria angústia em relação ao sintoma, movimento que retornou durante as entrevistas.

No final da primeira entrevista me senti autorizada a iniciar a avaliação de linguagem na criança, pois me pareceu haver uma questão para eles sobre a fala de Eduardo. Diante dos possíveis diagnósticos: “autismo”, “distúrbio” que levariam a outros encaminhamentos, os pais escolheram a clínica fonoaudiológica, o que os indagava era a fala e por isso, decidiram “tratar” a fala de seu filho. A presença do pai e a escolha do dia do atendimento (aos sábados, para que o pai pudesse levar Eduardo e participar das entrevistas), para mim, foi um sinal de compromisso do casal com o atendimento. Assim, agendei a sessão seguinte para iniciar a avaliação de linguagem com Eduardo.

Sob efeito da fala dos pais, no primeiro contato com Eduardo, me surpreendi com a criança que se apresentou diante de mim. Esperava uma criança que se encaixava na suspeita do diagnóstico de “autismo”, uma criança que não faz laço com o outro, uma criança que não sorri e vive no próprio mundo...

Logo na sala de espera, percebi que não se tratava disso: Eduardo sorria e se escondia atrás do pai que exclamou: “tá com vergonha!”, a brincadeira não condizia com a descrição sobre Eduardo, um menino “trancado no mundo dele”. Falei a ele meu nome e o convidei para entrar na sala de terapia, Eduardo aceitou e entrou sem dificuldade.

Ele me pareceu animado durante toda a sessão e não foi agressivo em nenhum momento. No início da sessão permaneceu em silêncio, mas respondia a mim por gestos (sim e não) e sorrindo. Sorriso que não esperava ver após escutar dos pais que se tratava de uma “criança difícil

de sorrir”. No decorrer da sessão, Eduardo saiu do silêncio, então, me surpreendi com sua fala que começou a aparecer em respostas a minhas perguntas: “e esse como chama?” “carro peto”. Afetada pela fala dos pais, tinha outra expectativa, esperava encontrar uma criança difícil de fazer laço e que não era afetada pela fala do outro. Sob efeito da discrepância entre a criança descrita e aquela que se apresentou, não pude escutar de início o estranhamento que a fala de Eduardo produzia, afinal deparei-me com um menino capaz de responder a algumas questões e que parecia estar sob efeito de minha fala, apenas mais tarde consegui circunscrever a particularidade de sua fala.

Desde a primeira sessão Eduardo pareceu estar enlaçado a mim; acontecimento que surpreendeu também os pais, conforme relataram em entrevista posterior. Lembre-se que eles haviam anunciado no primeiro encontro, a dificuldade de Eduardo confiar nas pessoas, portanto não esperavam que ele fosse entrar e permanecer comigo na sala de terapia, já na primeira sessão. O laço que começava a ser estabelecido entre nós seria determinante para a manutenção do tratamento. Após a primeira sessão, a imagem que criei para Eduardo, sob efeito da entrevista inicial, foi desconstruída. Fiquei tocada por este intervalo entre os efeitos da fala dos pais provocados em mim e os efeitos do encontro com a criança.

Ao final da primeira sessão, os pais pediram espaço: eles falaram dos diversos encaminhamentos para outros profissionais que haviam sido feitos e Eduarda disse estar “perdida” por não saber qual deveria procurar. Decidi não atender ao pedido dos pais de imediato, achei necessário ter algo a mais a dizer sobre a fala da criança antes de realizar uma discussão sobre a necessidade de encaminhamento para outros profissionais.

Na segunda sessão com a criança, já distante da surpresa causada pela presença de Eduardo, sua fala afetou-me de forma diferente, nas minhas anotações desta sessão isto se dá a ver: “semana passada tive a impressão que ele falava muito e bem. Hoje percebi que a fala dele não tem restrição”. Quis com isso dizer que, muitas vezes, apareciam fragmentos extensos e

ininteligíveis, ele não tinha escuta para a minha fala. Pode-se dizer que era uma evasão metonímica²¹, em que um fragmento presentificava outros que minha fala não podia conter. Nesses fragmentos podia identificar blocos cristalizados, que pareciam retorno da fala do outro, fala que não era dirigida a mim, notei que era o que os pais chamavam de “imitar a TV”.

Tentei marcar nova entrevista com os pais, mas devido às faltas, a entrevista foi realizada dois meses depois. Notei que havia uma contradição: de um lado havia uma urgência dos pais assinalada na primeira sessão com a criança, mas por outro lado, eles desmarcavam e faltavam às sessões.

Durante esse período pude apreender mudanças na fala da criança, quando a entrevista com os pais foi realizada falei que o atendimento caminhava. Eles concordaram comigo e disseram o que haviam observado. Entretanto, naquele momento, a questão central para os pais era o estabelecimento do diagnóstico e a discussão sobre os encaminhamentos que receberam para procurar diversos profissionais. Entre as possíveis hipóteses levantadas por profissionais com os quais tiveram contato estavam: autismo, hiperatividade, síndrome de *Tourette* e dislexia. A mãe se dizia “perdida” (*sic*), pois não sabia se procurava um psicólogo, psiquiatra ou neurologista.

Diante de tantos rótulos, Eduardo estava sendo apagado, isto é, as mudanças operadas ao longo do tratamento eram eclipsadas pela busca de um rótulo. Para mim havia uma distância entre o que os pais traziam e a minha leitura do caso, talvez em função das mudanças na relação de Eduardo com a fala e, também, do fato dele permanecer brincando durante toda a sessão e de ter estabelecido um laço comigo. Apresentei para os pais minha leitura, pois percebi a

²¹ Expressão que deriva dos processos metafóricos e metonímicos definidos por De Lemos (1992,1999, 2002,entre outros) para designar a posição da criança no processo de Aquisição de Linguagem. Na primeira posição, os fragmentos que aparecem na fala da criança são deslizamentos metonímicos da fala do outro. A autora se aproxima dos processos metafóricos e metonímicos, introduzidos por Jakobson (1960) a partir da obra de Saussure.

necessidade de interromper a procura incessante de rotular a criança. Procurei escutar os pais, questionei o que eles pensavam sobre cada hipótese levantada; parecia necessário separar o que era uma questão dos pais e o que era dos profissionais envolvidos com a criança. Minha tentativa foi fazer com que voltassem seu olhar para a criança e não para o que os outros diziam e que apenas os deixavam “perdidos”. Neste momento, apareceu a angústia da mãe: “a gente pode tá fazendo alguma coisa de errado” (*sic*).

Pouco a pouco os pais foram se acalmando e a necessidade de um rótulo diminuiu e passou a não fazer mais sentido para eles, que gradualmente foram se posicionando e tomando decisões a partir de questões próprias. Assim suspenderam a investigação e decidiram ficar apenas com o atendimento fonoaudiólogo. Foram necessárias outras entrevistas até que isso se configurasse, e acredito que as mudanças de Eduardo foram essenciais para os pais se implicarem na fala de seu filho.

Quando as diversas vozes que permeavam o discurso dos pais desapareceram, foi possível escutar outros pontos importantes que apareciam em sua na fala. Chamou minha atenção o modo como os pais, principalmente Fábio, falavam de outros profissionais. Havia um tom hostil que desqualificava os profissionais, que foram convocados a diagnosticar Eduardo. Pude apreender no relato dos pais, uma sequência que se repetia: a escola encaminhava para determinado profissional, este levantava uma hipótese sobre o diagnóstico que incomodava os pais, e eles elegiam a escola e o profissional como culpados por sua angústia.

O primeiro fato desta série foi quando a diretora da escola disse que Eduardo era autista, conforme relatado na primeira entrevista eles trocaram Eduardo de escola. Porém, a nova escola também os aconselhou a procurar por um psicólogo e o pai a desqualificou, disse que a escola queria deste profissional uma “orientação pedagógica” (*sic*), ou seja, “alguém para dizer o que fazer com ele” (*sic*). Os pais decidiram não acatar o pedido.

No entanto, eles atenderam o encaminhamento da escola para um neurologista, mas novamente o pai desqualificou o profissional, quando este solicitou um “exame de cabeça” (*sic*). O pai refere que o exame “não serve pra nada (*sic*)”, pois “ela [neurologista] falou que esse exame não dava certeza de nada” (*sic*), a mãe tentou complementar: “não, só pra dizer se tava com problema na cabeça ou não” e o pai respondeu com hostilidade: “tem tanto problema quanto ela!” (*sic*). De um lado, pude perceber que havia um deslocamento dos pais que já não pareciam tão determinados a chegar a um diagnóstico, por outro não pude deixar de escutar o tom usado pelo pai para falar de outros profissionais, o que denotava sua dificuldade para enfrentar os problemas do filho.

Neste momento, meu trabalho parecia não escapar desta série, a mãe passou a questionar: “o trabalho que você faz com ele, você fica dando palavras pra ele falar o som, é isso?” (*sic*), como se ela também pudesse realizá-lo. Ela chegou a colocar um prazo para o atendimento, esperava que a criança fosse melhorar até o final do ano. Se no início, o comparecimento do casal era indicativo de compromisso com o atendimento, mais tarde passei a interrogar se era disso que se tratava. Percebi que a presença física do pai não era sinal de implicação, como pensava. Isso me ocorreu quando Fábio, ao final de um atendimento, disse que não traria Eduardo à sessão seguinte, pois tinha “coisas para fazer no sábado” (*sic*). Dia da semana que foi escolhido pelos pais e colocado como uma exigência para dar início ao atendimento.

Além disso, durante as entrevistas, o pai ria diante de minhas interrogações e criava suas próprias teorias sobre o fato de Eduardo não falar: “ele aprendeu a ler, pois foi percebendo os fonemas, mas a fala não representa exatamente o que está escrito por isso ele não consegue falar, mas consegue ler [...] ele pegou uma coisa pra ter outra” (*sic*), como se houvesse uma falta (não falar) que tivesse sido compensada com algo considerado acima da média (leitura precoce). Eduardo representava um enigma, mas os pais pareciam não atribuir saber sobre ele a nenhum outro profissional, apenas eles pareciam poder responder a isso. Cabe assinalar que não atribuir saber

ao clínico sobre o sintoma da criança representa um obstáculo ao estabelecimento da transferência e, portanto, à continuidade do tratamento. Apesar disso, Eduardo permanecia enlaçado ao tratamento, havia um pedido seu que era expresso na resposta que dava ao tratamento, apesar da posição do casal.

Apesar de perceber que eu também estava incluída na série de profissionais por eles “desqualificados”, notei que havia uma diferença: minha escuta. Os pais me elegeram como a profissional que os escutava, talvez porque eu tenha evitado dar um “rótulo” a seu filho ou solicitar uma série de exames. Meu movimento cauteloso no início do processo parece ter determinado a permanência na clínica de linguagem. Porém, isso não queria dizer que o tratamento estava a salvo. Passado o tempo da angústia em torno do diagnóstico, minha escuta já não parecia tão necessária, e eles passaram a duvidar do meu trabalho. Havia algo em nossa relação que parecia não se sustentar, tive a impressão que o tratamento ia ser interrompido a qualquer momento.

Sob efeito das entrevistas, percebi a necessidade de tocar tais questões, tomei a decisão de escutar os pais separadamente, uma vez que as questões discutidas com o casal não tinham desdobramentos, circulavam num mesmo lugar, nossos encontros convergiam para o mesmo ponto. Quando tentei marcar as entrevistas separadamente, como supus, eles decidem interromper o tratamento, nesta sessão apenas o pai compareceu.

Fábio iniciou a entrevista me agradecendo pelo trabalho realizado com Eduardo e informou que iria encerrar o atendimento, alegando que gostaria de tentar uma solução para a fala do filho por um “outro lado” (*sic*). O outro lado que o pai referiu era a procura por um psicopedagogo (a pedido da escola) e a prática de um esporte (futebol).

Para o pai, os problemas enfrentados por Eduardo na escola e na “parte social” (*sic*) não eram entendidas como efeito do sintoma de linguagem. Procurei assinalar as escolhas de Fábio,

para substituir o tratamento de Eduardo. A decisão pelo “estudo da parte pedagógica” (*sic*) foi tomada para atender um pedido da escola, que apareceu novamente como lugar de confronto para o pai: “acharam melhor ele não entrar na cartilha da escola porque ele não ia ter condição de fazer as coisas, porque ele tava muito atrasado em relação às outras crianças” (*sic*). No entanto, para Fábio, o problema era a escola e não seu filho: “a professora que ele tá agora não tem paciência pra lidar com ele. Porque eu em casa consigo, tá certo que eu tenho que ficar do lado dele, acompanhar **e motivar e puxar** ele a fazer, mas ele faz” (*sic*).

A escola ao fazer o encaminhamento marca a diferença de Eduardo com as outras crianças e Fábio parecia esforçar-se para apagá-la. Assim, deslocava o sintoma do filho para a escola que era insuficiente para Eduardo, o “saber absoluto” do pai aparece e este consegue “motivar” “puxar” o filho, ou seja, dar conta da diferença. Fábio novamente opta pela troca de escola. Percebo que o que provoca esta série é um dizer que coloca Eduardo no lugar de diferença e que termina numa tentativa de “apagamento” dessa diferença fala pelo pai.

Entendo que permanecer em atendimento era assumir a diferença de Eduardo, uma vez que clínica é lugar de lidar com o sintoma, com o “estranho” que a fala da criança provoca nos pais, ou seja, lugar que aparece a “diferença” que o pai tenta esconder. Questões que me fizeram interrogar o “outro lado” escolhido pelo pai: o “esporte social” (*sic*). Lugar que, talvez a fala de Eduardo não seria impeditiva de um bom desempenho e, portanto, apagaria a diferença. Sobre o futebol, Fábio disse que era uma escolha de Eduardo: “é uma coisa que *ele* tem demonstrado interesse” (*sic*). Questionei se essa escolha provocaria mudanças na fala de Eduardo, o pai disse acreditar que sim:

F: Fábio T: terapeuta

F: Porque ele vai ser obrigado a interagir com outras pessoas.

T: Por que agora ele não é obrigado?

F: Ele é, sempre foi.

Minha indagação tocou o pai, mas o “futebol” insiste como uma escolha de Eduardo, como se esta decisão não passasse por Fábio, ele agia como se estivesse falando pelo filho. O pai colocava suas palavras na boca do filho, assim, Fábio não precisava se expor, não se colocava, uma vez que a decisão era do filho e não dele.

Afetada por suas afirmações procurei indagar Fábio, na tentativa de separar a fala do pai e a fala de Eduardo, direção que, como veremos, produziu efeitos. Questionei a prioridade de Fábio, o pai insistiu dizendo que Eduardo não tinha mais interesse pelo atendimento fonoaudiológico: “ele gosta de vir pra cá ainda, mas ele tem tido menos interesse [...] do que a gente conhece dele, daqui pra ele não querer mais vir é pouco tempo” (*sic*). Assinalei que não havia observado o desinteresse de Eduardo durante as sessões, além disso eram visíveis as mudanças na fala da criança. O pai concordou, silenciou e colocou uma questão sua: “quanto tempo mais você acha que é possível fazer esse tratamento?” (*sic*).

Aparecia uma vez mais o pai na posição de quem tem um saber absoluto sobre o filho e uma ilusão de controle sobre suas vontades. Controle que não pôde exercer sobre as mudanças na fala de Eduardo, quando coloquei em jogo o que eu observei na fala da criança, houve um silenciamento, que parecia indicar uma ruptura no saber do pai que não pôde responder pelas mudanças, lugar que apareceu uma questão legítima de Fábio. Percebi que a “falta de interesse de Eduardo” era um desinteresse do pai, determinado pela “pressa”, pela angústia determinada pela lentidão do processo terapêutico.

Tema central nesta entrevista e que também esteve presente em outras foi o tempo/prazo do atendimento. Abordar este tema produziu movimentos importantes no pai. O medo do sintoma “durar a vida inteira” (*sic*) fez o pai antecipar o término da terapia, entretanto, durante a entrevista esse medo transformou-se em uma questão dirigida a mim. Enfim o pai se deslocou da posição de

saber sobre o sintoma, parece que suas hipóteses foram insuficientes e então ele finalmente enunciou uma questão sobre fala de seu filho, me colocando no lugar de suposto saber. Note-se que aí é possível apreender os efeitos transferênciais da entrevista.

Fábio esperava uma resposta objetiva, queria que eu desse a ele um prazo para o tratamento. Ele disse que caso tivesse uma previsão sobre o término do tratamento, poderia “administrar a ansiedade” (*sic*) de Eduardo para o esporte. Note-se que a “ansiedade” aparece ligada a Eduardo, assinalei que percebi uma ansiedade na fala de Fábio no pedido desta conversa, então questioneei de quem seria essa ansiedade. Diante disso, perguntei a ele por que era importante saber o tempo que a terapia iria durar e Fábio, finalmente, enunciou sua aflição: “[o futebol] é uma coisa que eu não tive estímulo quando era criança. E até hoje eu num gosto de esporte, assim não tenho um, e eu gostaria que ele tivesse esse interesse” (*sic*).

O “futebol” apareceu articulado ao “tempo”, agora como uma questão sua e não da criança. O esporte trazia a tona um “desejo não realizado” na história do pai, que ele não queria que se repetisse na história de seu filho. O sintoma de Eduardo estava impedindo o pai de realizar um desejo seu através do filho.

Enfim, chegamos num ponto essencial na entrevista: Fábio questionou se o sintoma do filho é um problema fonoaudiológico “que a gente trata só com Fonoaudiologia?” (*sic*). Nesse momento, fiz um movimento de retroação, investi nas mudanças que foram e ainda estava sendo operadas na fala de Eduardo. O pai concordou que o atendimento foi lugar de mudanças e que o filho ainda precisava de ajuda para ultrapassar suas dificuldades na fala. O pai interroga meu trabalho, mas numa posição de não saber.

F: Às vezes eu sinto falta de entender melhor o que que é o seu trabalho. Eu entendo uma parte.

T: O que você não entende?

F: Eu acho que quando eu comecei, a visão que eu tinha da Fonoaudiologia era bem diferente. Era muito mais motora do que psíquica. Na verdade. [...] você tá me mostrando que é um, uma coisa muito mais completa e complexa do que eu tava imaginando. E pra mim falta essa visão, assim, de abrangência do trabalho todo.

Note-se o que foi discutido no capítulo anterior, o pai não esperava tocar em certas questões quando procurou meu atendimento, então, a implicação no atendimento era outra. O pai desdobrou sua falta em uma interrogação “se começasse antes ele já estaria bom?” (*sic*), o “tempo” reapareceu e Fábio pareceu implicado, de algum modo, no sintoma, uma vez que supôs que uma falha sua poderia estar respondendo pela insistência da manifestação sintomática.

Enfim, o pai disse o que esperava: “a minha vontade era que pudesse a..., que assim, que eu não precisasse mais me preocupar com isso amanhã. Que ele já conseguisse andar sozinho, e fazer a..., sem precisar de ajuda. [...] Mas eu sei que não é assim, né? [...] Acho que na verdade de todas as pessoas que a gente já passou, acho que você foi a mais atenciosa, a que se preocupou mais em ajudar, em mostrar o que tá acontecendo” (*sic*). Mais que isso falou dos efeitos do tratamento na relação do casal com a criança: “a gente mudou em relação ao comportamento com ele porque ele mudou também e responde mais as coisas. Mas é a gente não tem uma participação tão ativa no que, não sei, não sei se eu tô querendo, sei lá viu!” (*sic*). Note-se que não foi realizada qualquer orientação aos pais de como lidar com a criança, mas os efeitos da terapia foi capaz de promover mudanças no modo de olhar para filho.

Fábio questionava quem estava operando mudanças em Eduardo. No desdobramento dessa questão:

F: A gente não tá dentro dentro do atendimento [...] Não na hora do atendimento. Porque a gente com certeza atrapalharia o processo. [...]

T: É a diferença?

F: Como assim?

T: É a diferença de aqui ser o lugar em que ele mudou. E você tá se sentindo de fora disso? É isso?

F: Não sei. Na verdade eu queria ter a certeza que você tem, em relação a isso. [...] às vezes sua fala não é tão segura com isso [...] que nem essa questão do tempo é uma coisa que é engraçado porque o jeito como você coloca parece que, que falta alguma coisa no que você tá me dizendo.

T: Falta a minha resposta. A resposta que você tá me pedindo. [...] Tá faltando mesmo uma resposta minha, pra quanto tempo vai demorar porque essa eu não posso dar.

F: Não. Você me deu uma resposta que é essa. Apesar que não é a que eu quero.

Quando estabeleci diferenças entre meu lugar e o do pai no atendimento, ele foi deslocado do lugar de saber, como consequência, o pai queixou-se de estar excluído do atendimento. Diante dessa posição de estar “fora” do atendimento, o pai tentou destituir meu lugar e interrogou meu trabalho. A questão do tempo retornou e recolocou o pai no lugar de não saber: de não poder fazer tudo por seu filho, não fazer o filho falar e ter que pedir ajuda a um profissional, ou seja, de não ter todas as respostas sobre seu filho.

A “falta” de minha resposta objetiva retornou ao pai como uma resposta, que o colocou em “falta”. Sustentei essa não-resposta para não ser complementar ao pai e não colocar um ponto final no atendimento. Colocar um prazo seria deixar o pai dar direções ao tratamento. O pai, finalmente, consegue assumir sua ansiedade, atribuída a Eduardo no início da entrevista:

F: Na verdade eu mi a minha, não é preocupação, mas é **ansiedade** mesmo! É quando que a gente acaba assim? Até quando que eu posso esperar?

T: Mas isso é motivo pra acabar o atendimento?

F: Não, não é, não é motivo pra acabar.

Aqui o pai separou sua fala da de seu filho, pôde enunciar sua questão, o que provocou um movimento importante para o atendimento, o pai percebeu que sua ansiedade estava

respondendo pela interrupção do tratamento. Ao perceber isso, ele recuou e concordou comigo, mas ainda insistiu em tomar a decisão, mostrando que não queria ser excluído:

F: Tô assumindo uma posição de repente tomou o controle da situação, assumi que a condição atual é suficiente e não preciso mais fazer.

T: É suficiente pra?

F: Pra onde a gente queria ou pra, pra evolução que a gente tá pré, é isso que eu tô querendo dizer assim, se você for considerar todos os pontos que a gente conversou, é, a gente ainda pode fazer mais por ele. [...]

É. E na verdade isso acabar... Nossa! Vou deitar no divã até. [...] É, na verdade tá sendo mais pressão do meu, da minha vontade isso, do atual problema acabar e não realmente solucionar. (silêncio) É isso que eu queria dizer.

Na tentativa do pai de apagar minha fala e me deslocar do lugar de terapeuta, agindo “irracionalmente” (*sic*), o pai poderia tomar a decisão de encerrar o tratamento, como fez com os profissionais que atenderam Eduardo. Entretanto, parece que minha fala produziu efeitos nele e ele tomou a questão como sua: “vou deitar no divã até” (*sic*) e não da fala de Eduardo. E assim, Fábio desiste da interrupção do tratamento.

O deslocamento do pai do lugar de saber, de “controle” (*sic*) foi importante para ele tomar a questão (tempo) como sua. E assim, finalmente separou a fala de Eduardo da sua, assumiu que a ansiedade era sua e não de Eduardo e estava respondendo pela sua decisão de “acabar e não realmente solucionar” (*sic*) o problema. Ao perceber isso, Fábio tomou a decisão de tentar “solucionar” o problema.

Essa entrevista foi importante para a continuidade do processo, como disse, era um tratamento em risco que pôde ser recuperado. Pode-se dizer que, nesta entrevista, houve o estabelecimento do laço transferencial com os pais, o pai se implicou no atendimento do filho. Foi uma entrevista em que o pai pôde colocar em questão seu saber sobre o filho e endereçar uma

questão a mim. Isso ocorreu quando o pai conseguiu falar sobre o seu sofrimento e não o de Eduardo. O atendimento caminhava, por isso tomei a posição de não aceitar sua interrupção, as mudanças na fala da criança responderam pelas minhas intervenções nesta entrevista. Assim, foi através das mudanças na fala da criança que o pai pôde se implicar no sintoma e atendimento de Eduardo.

Pode-se dizer que lugares foram configurados nesta entrevista. Eu como profissional autorizada a produzir um dizer e provocar mudanças na fala de Eduardo. Os efeitos desta entrevista ainda aparecem no tratamento de Eduardo. Além das mudanças na posição do pai, observei que também a mãe mudou de postura frente ao atendimento, ela passou a levar Eduardo ao atendimento durante a semana, aumentando a frequência das sessões.

CAIO

Passo agora ao caso de Caio, que me tocou, pois a interrupção do tratamento foi anunciada ao longo do processo, e por mais que minhas intervenções tocassem a mãe, de certo modo, ela não se implicou no atendimento de seu filho. Cabe ressaltar, que muito do aqui será relatado, só pude ler tempos depois da finalização do tratamento, quando voltei ao material clínico do caso.

A entrevista inicial foi realizada com Marlene, mãe de Caio, quando ele tinha três anos de idade. Já de início a mãe mostrou o seu contentamento ao “conseguir” (*sic*) o atendimento fonoaudiológico para o filho. Ela contou que estava na fila de espera de um posto de saúde e aguardava ansiosamente uma vaga para seu filho. Caio foi encaminhado pela fonoaudióloga do posto de saúde devido à urgência do caso.

A queixa enunciada por Marlene ultrapassava a fala. Ela decidiu procurar por ajuda profissional, pois percebeu que seu filho era “diferente”; na seqüência, relatou que o filho não falava: “eu comecei assim, porque, a perceber que ele saia assim meio diferente com dois anos, né? [...] Ele não fala, né? Ele faz força pra falar, ele fica nervoso, ele me belisca, (SI) é mancha que ele me beliscava, me mordida, ele assistia televisão de cabeça para baixo” (*sic*). Era o filho “diferente” que incomodava a mãe e a impedia de viver sua vida, segundo ela, não podia trabalhar, pois a criança precisava de tratamento.

Inicialmente, Marlene procurou ajuda médica e a partir disso, foi orientada a realizar alguns exames e procurar diversos profissionais: “passei no pediatra, pediatra encaminhou pra, psicóloga, pra fono, pra otorrino, né? Neuro” (*sic*). Portanto, não foi a fala da criança que determinou a procura por meu atendimento. Não seria exagerado dizer, que esta série de encaminhamentos simultâneos não permitia à mãe situar, em nosso primeiro encontro, uma questão particular sobre a fala.

Pude apreender isso, quando a mãe chorou ao lembrar o momento em que soube que Caio seria atendido por uma fonoaudióloga: “chorei bastante quando eu, eu fiquei sabendo que ela, que ele tinha ganhado esse atendimento. Ela [fonoaudióloga do posto de saúde] falou pode ficar feliz que é um prêmio de loteria, né? Porque tem sendo tão difícil, né? (chora)” (*sic*). A fala da mãe e o choro me fizeram pensar que ela tinha uma questão sobre a fala, no entanto, isso foi posto em questão na seqüência, quando ela contou do possível diagnóstico de autismo do filho: “Quando eu comecei a passar com o pediatra, pediatra falou que tava com a suspeita que ele era autista, né? Aí a gente já fica pensando, as coisas tá difícil, né? E ter um filho especial, é diferente, né? É diferente não, é muito difícil” (*sic*). Não pude deixar de notar que o “diferente” insistia em sua fala, a partir disso, questiono a mãe sobre a fala da criança:

M: Marlene T: terapeuta

T: O que faz você pensar que ele é diferente, especial? É a fala?

M: Que é assim, ele não fala, e tem horas assim que ele é muito inteligente demais. Parece que ele assim. Ele pega livros, ele lê, ele, não, lê de cabeça pra baixo [...] ele não rasga o livro, ele folheia, ele conversa com o livro, com a revista.

A queixa para a fala vinha sempre associada a uma série de queixas outras e acabava por diluir-se: “o menino já vai fazer quatro ano e num fala e a gente percebe que ele faz esforço pra falar. E ele age assim como se ele fosse um bebê ainda. Não saiu da fralda, não consegui tirar ele da fralda, ele come com a mão, não aceita que a gente vai dar com colher, vai dar na boca dele”.

Cheguei a indagar a mãe sobre quais atendimentos ela achava que Caio precisava, ela se confunde: “agora você me pegou!” (*sic*). Pude observar, em momento posterior, que Marlene não interrogava a necessidade de cada atendimento que procurava, pois, o que estava em questão para ela, era desvendar o diagnóstico do filho. Marlene estava angustiada e ansiosa em nomear o que fazia o filho diferente. Era isso que movia a mãe a procurar diversos profissionais, em cada encontro com eles, havia a esperança de descobrir o que o filho tinha. Busca incessante, que caracterizou todo o atendimento.

No entanto, não ocorreu o que Marlene esperava, pois cada profissional oferecia uma hipótese e uma orientação diferente, deixando-a ainda mais confusa. Marlene foi tocada pelo “autismo”, pois identificava a sua descrição com o que Caio apresentava. Ao mesmo tempo, esse diagnóstico não parecia estar muito claro para ela. Como efeito de tantas falas que permeavam a escuta de Marlene, sua fala era um discurso que parecia alinhavado pela fala de diversos profissionais:

M: Quando ele passou no pediatra esses dias ele começou a fazer tudo o que ele faz. Aquele mmmm fica mmmm e grita, e pula, e fica fazendo umas coisas bem, doidinhas. Aí, ele falou que era sintoma de criança

autista, né? [...] aí a gente começa a falar no médico, o médico fala, ah! É má formação no cérebro, é isso, é aquilo e aquilo outro. A psicóloga falou não trate seu filho como um autista, como especial não (*sic*).

Falas contraditórias, “um autista”, alguém com “uma má formação” que não poderia ser tratado como autista, nem como “especial”. Marlene parecia ter dificuldade em posicionar-se frente ao problema do filho, ela desaparecia diante do discurso dos profissionais que trazia. Afetada por isso, questionei o que ela percebia na criança, lugares em que as contradições insistiam:

M: Agora parece assim que ele tá,, que ele olha mais pro rosto da gente, que antes ele não olhava, né? Não olhava de jeito nenhum! Até a psicóloga que eu passo lá falou assim: nossa! Ele já tá progredindo! Ele já tá me olhando no rosto! Que antes ele num olhava, né?

T: Você percebia isso? Que ele não olhava?

M: **Não. Em mim ele sempre olhou, que sempre é eu que ta...** Ele é só, só eu e ele... mas é um mundinho que só (SI) como se só existisse só eu e ele.

[...]

M: Tem vários graus de autismo, que ela [psicóloga] falou que tem colegas médicos que são autistas, né? **Então num é assim perdi meu filho, num sei que, e foi tudo um sonho por água baixo**, que também que não é assim também. Vamos primeiro fazer os exames pra ver o que precisa e de descobrir o problema que ele tem e vamos tratar e, como ele é muito pequenininho, trazer ele de volta, né?

A fala dos profissionais retornava num turbilhão impossível de ser contido, mas em alguns momentos, Marlene aparecia nos vãos de sua fala: no olhar de Caio que era dirigido a mãe, na dificuldade de separar-se do filho e no seu “sonho por água abaixo”. Procurei voltar a esses lugares, mas ela rapidamente recobria sua presença trazendo questões objetivas como a da escolaridade: “Sei lá... eu falei e agora? O que eu vou fazer, né? É tão difícil com uma criança normal, né? Imagina com problemas! Aí não tem escola pra pegar” (*sic*).

Foi neste vai-e-vem que boa parte da entrevista caminhou, mas houve momentos em que a partir de meus questionamentos numa tentativa de “limpar” a fala dos profissionais, Marlene trouxe a história da criança, lugar em ela apareceu implicada e pôde questionar o sintoma de Caio. Mais do que isso, ela se incluiu no sintoma e indagou se não seria “culpada” pelo filho ser diferente e não falar:

T: E você percebeu isso faz..., desde?

M: Olha, eu não sei. Eu não sei, se ele já tinha o problema ou se eu, foi, comecei a perceber a partir de dois anos, que foi quando a minha mãe teve derrame e ela veio pra minha casa, eu comecei a cuidar [...] A minha mãe até veio falecer na minha casa, né? [...] eu até fiquei pensando será que eu descuidei um pouquinho dele? [...] até a mãe do meu ex-marido falou assim, de repente ele tá atrasado porque ele viu, de repente, aparecer um bebê grande dentro de casa e você parou de dar muita atenção pra ele, pra dar pra sua mãe.

Marlene pontua a história de Caio a partir de marcas de sua própria história, ou seja, um momento difícil para ela, foi concomitante ao aparecimento do sintoma do filho. Cabe assinalar que ela descreveu a mãe da mesma forma que descreveu Caio, como um bebê fora de tempo:

Sobre a mãe: “[um] bebê grande. Porque a minha mãe assim eu tinha que dar banho, tinha que trocar a fralda, tinha que dar comida na boca, sabe? E foi super difícil” (*sic*).

Sobre o filho: “E ele age assim, como se ele fosse um bebê ainda. Não saiu da fralda, não consegui tirar ele da fralda, ele come com a mão, não aceita que a gente vai dar com colher, vai dar na boca dele”.

Após a morte da mãe, Marlene continuou a cuidar de outro bebê. O modo como ela falou isso chamou minha atenção, pois, Marlene estava sempre cuidando de um bebê, ora um bebê grande e ora uma criança que permanecia um bebê. Essa questão insistiu nas entrevistas e, também, na dificuldade de separação entre Marlene e Caio já mencionada anteriormente, e que ela relacionou com a morte da mãe.

Marlene caracterizou sua relação com Caio como uma “ligação intensa”: “como se só existisse só eu e ele” (*sic*). O pai ocupava o lugar oposto na relação com o filho, pois Caio não chegava perto do pai e não deixava que ele o tocasse. Para a mãe, isso prejudicava o filho. Ela acreditava que a relação com o filho e seu sintoma estavam articulados, também, a outro fato da história de Caio: ele não foi desejado e Marlene tentou abortar: “Ele acorda desesperado me procurando. Eu falo: filho, a mãe tá aqui! [...] Como se ele tivesse medo de me perder. Entendeu? Às vezes eu fico pensando será que, né? A rejeição da gravidez (SI) afetou? Passa mil coisas pela cabeça, sabe? (*sic*) [...] Eu até peço perdão pra Deus várias vezes. Que eu fico pensando será que é uma, castigo de Deus, né?” (*sic*). Marlene ao recontar sua história dá impressão que os acontecimentos vividos durante a gravidez de Caio marcaram a história dos dois, ela se culpava pelo “problema” do filho, como se estivesse sendo castigada por tentar abortar e a ligação com o filho soava como uma maneira de expiar a culpa. Ela refere que ao longo da gravidez pensava: “Será que ele vai crescer? Deus vai deixar ele nascer, depois morrer, né? A gente pensa um bocado de coisas, né?” (*sic*).

Outro ponto abordado por Marlene foi a dificuldade em cessar a amamentação. Ela contou que amamentou Caio até os dois anos, pois tinha dó e medo dele não se alimentar. Falou, também, que era difícil entender que o filho estava crescendo. Marlene parou de amamentar Caio apenas por recomendação médica, pois começou a tomar medicamentos nocivos para a criança. Ela disse que não teria parado se não fosse isso. Marlene relacionava a agressividade de Caio com suspensão da amamentação, fato que ocorreu logo após a morte de sua mãe.

Chamou minha atenção que esses fatos marcantes para a mãe estavam todos articulados: ela não consegue se separar da criança em função da tentativa de aborto, ele não falava porque ela não cuidou direito, ele ficou agressivo porque parou de ser amamentado, fato que ela relacionava com a morte da mãe... No imaginário da mãe, todos esses fatos explicavam o sintoma do filho. Marlene repetiu essa série em quase todas as entrevistas realizadas. Tempo depois pude

ver que essa rede de elementos articulados, que certamente jogavam um papel na história de Caio, imobilizava a mãe que repetia essa série, mas que não podia mudar de posição frente à criança.

Além disso, Marlene buscava na fala dos profissionais uma promessa de cura, que seria determinada pela descoberta do diagnóstico. Foi o que a mãe colocou em nosso primeiro encontro: “Ela [pediatra] falou: bom, algum problema ele tem, mas a gente não sabe o que é. E dependendo do que for, a gente vai encaminhar pras entidades que tem (SI) de cuidar. E ele vai fazer o que ele tem direito: estudar, nadar, jogar, o que ele tiver direito de fazer. (SI) a gente encaminha ele pra APAE, se for o caso, pra num sei o que lá, outra coisa que ele falou, pra AMA. Pra onde for o problema que for diagnosticado dele e, o que tiver o lugar de tratar” (*sic*). O diagnóstico trazia uma esperança para Marlene: a descoberta do que Caio tinha iria possibilitar o encaminhamento para uma instituição onde ele seria curado.

Na realidade nesta entrevista, fiquei sob efeito do choro da mãe, de sua fala colocando o atendimento como um “prêmio de loteria”, de certo, havia uma angústia pelo filho não falar, embora, como disse, ela estivesse dissolvida entre as outras queixas. Decidi iniciar a avaliação de Caio. E apenas mais tarde pude perceber que a expectativa em torno de mim estava centrada na descoberta do diagnóstico, e não na possibilidade de produzir mudanças na fala de seu filho.

No encontro com a criança, diferente do caso de Eduardo, não fui surpreendida. Caio não dirigia seu olhar ao outro, apresentava uma fala que não comunicava: vocalizações e gritos indiferenciados, que eram não dirigidos ao outro. Apresentava movimentos estereotipados, como bater as mãos no chão, olhava fixo para o objeto ou apresentava uma seqüência: chorava, parava e murmurava. Oscilava entre movimentos calmos e agitados em uma mesma sessão. De início, as produções surgiam à revelia de minha fala, minha presença não o afetava. Durante o processo, percebi mudanças em Caio, que passou a mudar o curso de suas ações a partir de minha fala,

diminuíram os movimentos estereotipados e repetitivos, enfim, ele não era mais indiferente a minha presença, reagia à minha fala e gestos.

Nas entrevistas com a mãe, sob efeito da primeira entrevista, procurei movimentar a questão do diagnóstico e colocar os efeitos produzidos no encontro com a criança, especialmente, as mudanças que pude apreender. Assinalei que o diagnóstico não era essencial, que a falta de um rótulo, não impedia a realização do meu trabalho e nem mudanças na fala da criança. Marquei para a mãe que meu trabalho já havia começado e que movimentos já estavam sendo operados na criança. As entrevistas eram tentativas de estabelecer um laço com a mãe de Caio, uma vez que o atendimento era marcado por faltas e, muitas vezes, percebia que as questões de Marlene se sobrepunham ao atendimento.

Ao longo das entrevistas ela pôde deslocar a questão do diagnóstico, pôde questioná-lo: “o que que? O que que é um au? Um autista é uma pessoa que tem dificuldade de se relacionar com as outras pessoas, ele fica só no mundo dele, mas, o que que? O que que faz? Por que uma pessoa é autista? É uma deformação? Ou num é? [...] o pediatra falou que é irreversível” (*sic*). Coloquei que o diagnóstico não estava fechado e interoguei: o que mudaria saber. A mãe introduziu questão da cura, ela supunha que poderia ser feito uma cirurgia ou dar remédios. Perguntei o que ela esperava do tratamento comigo, primeiro ela hesitou dizendo que não sabia, e depois respondeu: “a cura que eu espero pra ele é falar, desenvolver, e poder se defender. Falar, não, falar o que quer o que não quer” (*sic*). Marlene começou a ficar mais tranqüila, mas passou a questionar as atitudes de Caio e não mais o diagnóstico: “uma criança normal faria isso? [...] É uma coisa boa ele ficar olhando?” (*sic*). Ainda que a procura do diagnóstico insistisse, houve um movimento na posição da mãe.

Naquela ocasião, parecia ter mudado sua relação com a fala da criança, começou a dizer que o filho não falar a fazia sofrer: “tenho medo dele se machucar e não saber mostrar onde é a dor [...] tenho que adivinhar o que ele tem [...] tenho medo de dar bronca, ele pode ficar magoado e não poder

falar” (*sic*). Marlene relacionou sua super-proteção com o fato de Caio não falar. Inicialmente ela não aceitava qualquer produção de Caio que fosse identificada (e idênticas) às unidades da língua constituída “bó-inha! não sei se é bolinha ou outra coisa” (*sic*), depois, ao longo do tratamento, começou a poder escutar a criança de outro modo: “descobri que bué é banheiro!” (*sic*). A mãe pôde escutar a criança e significar sua fala, finalmente, pôde enunciar sua queixa para a fala: “está ficando terrível! Tá elétrico, dança, pula, grita! **Só tá faltando falar!**” (*sic*). Movimento importante, mas não suficiente para impedir a interrupção do tratamento.

A dificuldade de separação entre mãe e criança começou a tomar o espaço das indagações sobre o diagnóstico nas entrevistas. Tocada por esta questão, convoquei a mãe, que já havia se queixado: “sair de perto é um sacrifício” (*sic*). Ao mesmo tempo, Caio começou a apresentar dificuldade em entrar e permanecer na sala de terapia durante o tempo da sessão. A mãe antecipava ou reforçava: “vai ser difícil ele subir! [...] agora vai ser assim! [...] sabia que ele não ia ficar, tá chorando, gritando e saindo correndo sempre [...] hoje foi difícil, né?” (*sic*). Falas da mãe que apareciam mesmo quando a dificuldade não se confirmava.

A relação entre mãe e criança, também foi tema que insistiu em muitas entrevistas, principalmente, quando Caio entrou na escola. Marlene colocava obstáculos para a entrada do filho na escola: tinha medo, pois ainda usava fraldas, medo dele não conseguir comer, medo da professora não ter paciência. Dizia que se a escola fosse longe não teria dinheiro para levá-lo. Quando, finalmente, Caio ingressou na escola, os obstáculos continuaram: a professora ficou revoltada com a presença dele em sua classe e a mãe preferiu mudar o horário, além disso, ela antecipava o horário de saída, alegando que Caio não comia o lanche da escola.

Marlene tentou, mas não suportou a separação: acompanhava o filho na escola, permanecendo na sala de aula com Caio durante todo o período. A intenção inicial foi acompanhá-lo apenas na primeira semana, mas não conseguiu. Era uma situação paradoxal, pois

Marlene contava que se sentia constrangida porque todo mundo a olhava, mas, ao mesmo tempo, não conseguia deixar o filho sozinho.

Perguntei quem iria decidir o momento adequado para ela deixar de acompanhá-lo. Ela culpava a professora “não teve tempo de se aproximar de Caio” (*sic*) e dizia que tinha medo de deixá-lo e a professora achar que ela estava “largando o filho” (*sic*). De certa forma, a escola era complementar a mãe, que em certo momento, parou de se constranger: “já estou gostando da idéia! É gostoso!” (*sic*). Minha fala não pôde movimentar a mãe nessa questão. Aos poucos, a mãe começou a faltar na escola e acabou desistindo por não obter os resultados esperados. Paralelamente a entrada na escola, Caio começou a faltar às sessões e a criança “paralisou”, não observava mais os movimentos que estava apreendendo no início do tratamento.

Parece que havia aí um limite para minha intervenção, pois ao falar de sua relação com a criança, a mãe trazia questões exclusivamente suas: “tenho que parar de viver o problema dos outros” (*sic*), contava das dificuldades com a família: traição do marido, o filho que estava preso, etc. Questões que precisavam ser escutadas de outro lugar, isto é, em outra clínica. Marlene já havia enunciado em entrevistas anteriores, que precisava de tratamento psicológico. Neste momento, interroguei se não era o momento dela ter um espaço só dela para falar sobre seus problemas. Marlene considerou que era necessário, mas recuou dizendo que não queria incomodar os outros, assim, sem uma razão objetiva, o encaminhamento não foi consumado.

Por fim, a mãe desistiu do atendimento comigo, pois conseguiu vaga em uma instituição multidisciplinar. Ao falar de sua escolha pela instituição, ela ressaltou a existência de todos profissionais no mesmo espaço físico: “eu consegui lá na APAE e lá tem **tudo**, né? [...] Eu fui procurá **tudo**! Que tiver lá! Eu fico por lá mesmo, né? [...] Lá tem **tudo** lá! [...] tá agendado neuro, psicólogo, fono, tá é..., estimulação” (*sic*).

Durante todo o processo pude perceber que a mãe de Caio na busca incessante por um diagnóstico, diluía a especificidade dos profissionais que o atendiam. Em nenhum momento houve um investimento específico para a clínica de linguagem, não estava em questão mudanças na fala de Caio, mas um saber sobre o diagnóstico e uma tentativa de suprimir todos os sintomas que faziam dele um “menino diferente”. Tentei direcionar para questões sobre a fala de Caio, houve movimentos, mas não foi possível deslocar o investimento da mãe.

O modo como o tratamento foi encerrado, havia sido anunciado pela mãe na primeira entrevista, mas pude perceber isso apenas em leitura posterior. “ele vai fazer o que ele tem direito. Estudar, nadar, jogar, o que ele tiver direito de fazer. (SI) A gente encaminha ele pra APAE se for o caso [...]”. A escolha pela instituição não foi qualquer, uma vez que havia uma promessa de estabelecer o diagnóstico, pois eles contavam com diversos profissionais e, assim, Caio poderia ser “curado”.

As entrevistas, neste caso, foram marcadas presença do discurso de outros profissionais na fala da mãe. Finalizo esta apresentação com uma fala de Marlene, que me parece descrever a situação que a mãe se encontrava: “Eu ficava pensando: nossa! O que que eu tô fazendo da minha vida, né? Tô simplesmente deixando ela passar. Como se eu fosse, como se eu fosse, como fala? Não o artista principal do meu, da minha vida mais uma, como que chama? [...] Sabe aquela pessoa que tá só ali por passando assim? [...] Figurante! Como se eu fosse figurante da minha própria vida! E não, né? A principal. E eu tô vendo isso agora” (*sic*).

Era esse efeito que a fala da mãe provocava em mim: eu era figurante. Ela se perdia em torno das falas dos profissionais, atores principais, o que não permitiu um enlaçamento com meu tratamento, não havia uma questão direcionada à clínica de linguagem. Questiono o que ficou para ela dessas tantas falas. Meu atendimento fez série com os demais encaminhamentos para uma criança “autista” e os movimentos que pude fazer não foram suficientes para Marlene se mobilizar.

Chamaram minha atenção também os fatos na história de Caio que a mãe articulava com seu sintoma. Não falo de uma causalidade direta, mas é certo que a história narrada produzia efeitos na relação entre mãe e criança. Havia uma circularidade nas entrevistas, ou seja, uma insistência em lugares determinados: o diagnóstico de **autismo** e as falas dos **profissionais** em torno dessa questão, a morte da **mãe** de Marlene, o nervosismo de Caio após a suspensão da **amamentação**, o pai **ausente** e a dificuldade de **separação**. Questões que tentei dirigir, sem sucesso, a outra clínica

As entrevistas insistiram nestas questões, havia uma fixidez, uma vez que havia elementos não se movimentavam. Não foi possível realizar desdobramentos nesses lugares de repetições, nesta circularidade que se apresentava na fala da mãe. Havia uma insistência que não pôde ser rompida. Como disse, houve um limite para intervir nas questões da mãe.

NÉLIO

Para finalizar, trago o caso de Nélio que me tocou, primeiramente, pelo modo como as entrevistas com a mãe produziam efeito no atendimento criança. Talvez isso tenha me chamado atenção, pelo fato de ter sido verbalizado pela criança. Fui tocada, também, pelo fato de que, a presença do sintoma na fala não foi suficiente para que o tratamento fosse sustentado.

A entrevista inicial foi realizada com Sônia, mãe de Nélio. Antes de enunciar a queixa ou contar qualquer coisa sobre a criança, ela pediu que o atendimento fosse realizado em seu domicílio, pois trabalhava e não teria como levar o filho ao consultório. Não aceitei o pedido e ela resolveu que a babá o levaria à terapia.

Sobre a queixa Sônia disse que “ele gagueja muito [...] sempre” (*sic*), contou que o filho tinha oito anos, e que notou a gagueira quando ele tinha ainda cinco anos de idade. Neste período, Nélcio iniciou um tratamento fonoaudiológico, mas foi interrompido, pois a família mudou de cidade. Posteriormente, ele deu início a outro atendimento fonoaudiológico que também foi interrompido, desta vez devido à mudança de bairro. Diante de dois atendimentos interrompidos, questionei como foi o andamento do trabalho realizado, a mãe respondeu que Nélcio melhorava e assim que parava o tratamento, a gagueira voltava.

A mãe contou a história de Nélcio: ele tinha o mesmo nome que o pai. No entanto, ele não o conheceu, pois Sônia se separou do marido assim que o filho nasceu. Segundo ela, Nélcio “quando bebê tomou muito susto” (*sic*), já que sua separação foi conturbada. Ela disse que a criança sente falta e pede um pai para a mãe.

Quando perguntei como se caracterizava a gagueira de Nélcio, Sônia contou que o filho falava que não queria ser gago, mas que o fato não trazia dificuldades para ele: “os amigos tiram sarro, mas ele tira de letra” (*sic*). Na sequência, disse que ele se incomodava “mas [isso] não [o] impede de levar a vida” e completou dizendo que a gagueira incomodava mais ela e à irmã de Nélcio do que a ele. Pude apreender contradições na fala de Sônia, principalmente, quando começou a falar do que a gagueira representava para ela: “incomoda muito, futuramente pode atrapalhar: carreira, namoro [...] hoje não atrapalha em nada” (*sic*). Ao mesmo tempo, amenizava os efeitos do sintoma: “pra mim esse mal tá excelente [...] se for um problema que ele tem que ter, vai lidar, mas o problema é da porta para fora” (*sic*). Como se não fosse um problema para ela lidar, para a mãe, o filho sofre, mas não dentro de sua casa. Note-se também o paradoxo entre as qualificações da gagueira: “mal” e “excelente”.

Chamou minha atenção que apesar do problema ser “da porta para fora”, ela me convocou para resolver o problema. Ao mesmo tempo, a expressão “da porta pra fora” (*sic*) poderia ser lida

como falta de implicação da mãe, que se coloca numa posição de exterioridade em relação ao sofrimento e ao tratamento de seu filho, como pude constatar, quando o atendimento foi iniciado.

Sônia questionou a causa da gagueira, se ela seria genética ou emocional. A mãe confessou que antes achava que ele gaguejava, por causa dos problemas que ela enfrentou na gravidez, mas não pensava mais assim.

Pelo modo como Sônia se indagou sobre as causas da gagueira e, apesar das contradições, parecia haver um sofrimento e um pedido de ajuda para a fala da criança. Dei início a avaliação de linguagem. Hoje, percebo que esta decisão foi determinada pelo diagnóstico de gagueira, já estabelecido pela mãe.

No encontro com a criança, fiquei surpresa, pois a criança gaguejava, mas não “muito” como a mãe havia dito, por isso me surpreendi, já que em alguns momentos, parecia que a gagueira de Nélcio podia ser “contornada”. Algumas vezes, aparecia um prolongamento que se confundia com uma ênfase, e que passava despercebido. Em outros momentos, a gagueira aparecia e tornava o discurso de Nélcio confuso, truncado. Nessas ocasiões quando eu estranhava, ele não reformulava e silenciava. Para além do efeito da gagueira, chamava minha atenção, que Nélcio em algumas sessões, passava a maior parte do tempo repetindo: “sei lá!”, para todas as minhas perguntas.

Nos primeiros meses, Nélcio compareceu a todas as sessões. Decidi convocar a mãe para outra entrevista, pois estava sob efeito da primeira, marcada por falas contraditória sobre o sintoma, e, também, sob efeito do encontro com a criança. A gagueira de Nélcio “oscilava”: ora era passível de ser apreendida, ora não. Assim, havia questões que deveriam ser movimentadas. Além disso, quando o tratamento foi iniciado, ficou estabelecido que a babá levaria a criança, faria o pagamento e traria os “recados” da mãe, Sônia não parecia estar comprometida com o atendimento, pois jamais telefonou para saber sobre o andamento das sessões.

Marquei a entrevista com Sônia e informei Nélío, perguntei se haveria problemas e ele respondeu que não. Ao final da sessão, ele contou que não conheceu seu pai e me fez uma questão:

N: Nélío T: terapeuta

N: Cê nasceu com quem?

T: Com a minha mãe.

[...] T: E você nasceu com quem?

N: Com a minha mãe. Sei lá. E só. (pausa) Eles já tinham se separado.

T: Quando?

N: Sei lá! // A mi: mi::nha m::ãe v::ia ele.

T: Que?

N: Ela nem via. O que? (velocidade aumenta, sem pausa) Mi minha mãe tinha mais l:ua.

[...] T: Você lembra dele [do pai]?

N: Sei lá (pausa) **Você sabe de alguma coisa?**

Nélío interrogou o que eu sabia sobre ele, seria essa interrogação efeito da entrevista marcada com a mãe? Como se a criança interrogasse o que a mãe havia me contado sobre ele. Essa questão parecia circular na relação entre mãe e criança e apareceu com força na nova entrevista com Sônia.

Nesta entrevista, descrevi o que havia observado na fala de Nélío e a mãe se enlaçou no “sei lá”, e o articulou a um episódio que a criança havia mentido. Sônia estava viajando, o filho ligou para a mãe e mentiu que havia torcido o joelho, pois ele não queria ir à escola no dia seguinte: “eu fiquei desesperada. Eu liguei pro colégio! [...] Men-ti-ra! Ele nem tinha passado na enfermaria!” (*sic*). A mãe se assustou, pois ele insistiu na mentira, mesmo depois da verdade

descoberta: “Por que inventar uma mentira sabendo que eu já sei da verdade?” (*sic*). O que importa neste trecho é o significante “mentira”, que retorna na relação da mãe e criança, nesta entrevista e ao longo do processo.

Sônia relatou, ainda, que Nélcio não queria ir às sessões realizadas na semana anterior, e me perguntou se o filho havia comparecido. Eu respondi que ele foi às sessões e disse que não havia notado qualquer resistência ao atendimento. Chamou minha atenção, o fato da mãe não saber se o filho havia ido às sessões, mas em seguida, ela se colocou como responsável pela presença da criança: “Eu obriguei ele muito! Ele adora vir aqui! Mas não sei se é porque..., era véspera de feriado... [...] Ou o sofá chegou e ele quis ficar sentado. Ah! Não sei!” (*sic*).

Mencionei, novamente, que observei o contrário e a mãe concordou: “Não, ele gosta! Ele gosta! [...] Lembra quando eu falei assim, vou falar pra ela vir aqui que tá ficando muito caro, eu falei, né? Por causa do táxi, vai e volta, né? Vamos ver se ela não pode vir pelo menos uma vez pra cá, pra cá. Ele falou não, não quero, eu quero ir lá” (*sic*). Nélcio ia de táxi para os atendimentos, o que aumentava o custo do tratamento, então, Sônia comentou com o filho que gostaria que eu realizasse uma das sessões em sua casa, mas ele não aceitou e a mãe desistiu. Este é um ponto importante, pois, teve desdobramentos importantes, voltarei a esta questão em momento oportuno.

No decorrer da entrevista, Sônia contou orgulhosa, o bom desempenho do filho, ao estudar com ele. Procurei articular com a fala de Nélcio e questionei como a fala dele aparecia neste momento, ela respondeu: “Nossa! Ele sabia de tudo, eu falava uma frase e ele terminava tudo! Ai, eu fiquei babando!” (*sic*). Note-se que interrogada sobre a fala, ela não fala sobre o efeito de patologia. E então eu perguntei sobre a gagueira:

S: Sônia T: terapeuta

T: Mas e aí apareceu a gagueira? Ou não?

S: Ah sim!

T: Mas?

S: Não. Não muito acentuada, menos acentuada.

T: Mas?

S: Não adianta a gente fugir a gagueira dele existe, né? E é normal eu acho que às vezes, que é mais forte num momento de mais euforia, num sei. E às vezes fica mais calmo.

No imaginário da mãe, a gagueira tinha relação com o “emocional” do filho e era passível de ser controlada: “eu acho que ele tem anticorpos pra isso, né?” (*sic*). Se a criança possui anticorpos contra a gagueira, o tratamento seria desnecessário. Numa tentativa de justificar a procura pelo atendimento, ela se contradiz e relatou que Nélio rezava toda noite e pedia para não ser gago. Nesta entrevista a fala da criança já não a incomodava, como colocou na primeira entrevista, agora era o sofrimento do filho que determinava a continuidade do tratamento “se amanhã ele fala pra mim: mamãe olha, eu tô gago, mas eu tô feliz assim, não me incomoda. Tudo bem!” (*sic*). Continuei a interrogar a mãe, que resistiu em se colocar, retornando a questão para mim, eu tinha a impressão de que ela não queria se “comprometer” com o que dizia sobre o filho, por isso passou esta função para mim:

“tudo isso, quem tem descobrir, de uma certa forma, e me passar, eu acho que é você! [...] Eu quero que você me fale se realmente ele gagueja por nervoso, se ele é **enrustido** ou alguma coisa, ele é contido. Porque, às vezes, ele pode falar alguma coisa em determinado desenho, em determinado discurso [...] Agora eu coloquei realmente porque eu acho que tem alguma **coisa enrustida** [...] Eu quero que alguém me fale o que eu não sei.” (*sic*).

Enfim, a mãe enunciou uma questão sua e o que esperava do atendimento, ela supunha a mim um saber sobre o filho que ela não tinha. Apenas depois do atendimento finalizado, pude notar que a mãe me pedia para revelar o que ela não podia ver, embora seja possível afirmar que ela tinha um Saber sobre o filho que deveria ser confirmado por um profissional. Caberia a mim

revelar o que estava “enrustido” ou “contido” em Nélío. A mãe, finalmente, colocou uma questão: o que está enrustido? Entretanto, não se tratava de uma questão sobre a fala de seu filho.

Sônia relatou, novamente, que Nélío não conheceu o pai. Chamou minha atenção, o modo como ela contou, como se não fosse um fato importante, mas sim algo secundário ao que estava dizendo: “(pausa) Então, por exemplo, o meu filho não conhece o pai!” (*sic*). Tive a impressão que a mãe, “escondia” a importância do fato diluindo-o em meio a outros assuntos. Em seguida, Sônia pôde dizer, ainda que brevemente, o modo como tal acontecimento afetava a relação com seu filho.

A mãe estranhava o silêncio do filho em torno do pai: “eu acho que isso, talvez o Juninho tenta, eu como mãe tô falando, não sei, tá? Tenta me proteger não perguntando muito sobre o pai. [...] Ele me poupa, ele não me questiona” (*sic*). Sônia estranhava Nélío não querer conhecer o pai, ou seja, não se queixar de não ter um pai: “é impossível você não ter curiosidade pra saber quem é o pai, ver a cara do pai, brincar com o pai! (*sic*). Lembre-se que na primeira entrevista, ela mencionou que Nélío pedia um pai a ela. Na sequência, a mãe conseguiu falar de si:

S: A gente fica muito todo mundo junto. Meus sobrinhos é pai, é pai, é pai, né? Não sei, eu eu **eu me cobro isso**. Não sei se ele.

T: Mas você...

S: Ele me poupa, ele não me questiona.

Sônia começou a falar de si, mas no momento seguinte, se esquivou e trouxe Nélío novamente. Aí está o “algo enrustido”, o filho não fala sobre o pai e a mãe se interrogava por quê, mas não dirigia a ele esta questão.

A mãe se implicou no tema sobre o pai, disse que não entendia porque o filho não perguntava nada sobre ele, já que ela era uma pessoa muito “clara” com o filho: “seu pai mexia com droga, você entendeu? Eu num deixo criar muita imaginação fértil, meu pai é super herói porque meu

pai não é super herói” (sic). Sônia tinha receio que Nélcio criasse uma imagem “errada” do pai: “a cabeça cria e tudo que ela cria nem sempre é o real, né? (sic), por isso, preferia conversar com ele sobre o pai. Então a mãe contou que deixa os filhos falarem de tudo, que conversa muito com a filha. A partir daí ela começou a comparar a história do dois até chegar à gestação:

T: A gravidez dele foi mais difícil?

S: Difícil? Nenhuma foi difícil. Eu não queria o Júnior. Eu tomei muito remédio pra abortar.

T: Ah é?

S: (silêncio)

T: Por quê? Por causa das brigas?

S: É. Eu tava me separando, né? (silêncio)

T: E depois? Conta um pouco como foi isso.

S: Eu não queria o filho. (silêncio)

T: E depois?

S: Que ele nasceu?

T: Depois. Você tentou abortar e depois?

S: Não deu certo, né? Aí eu fui fazer exame pra ver se tava tudo certinho, tava tudo certinho aí... (silêncio)

T: Desistiu?

S: Desisti.

T: Tomou remédio?

S: Tomei remédio.

T: Aí não deu certo você desistiu e...

S: Isso.

T: E hoje?

S: Graças a Deus não deu certo! Ele é a minha coisa mais rica do mundo!

Foram inúmeras as minhas tentativas em desdobrar essa questão, pois fui tocada pelo modo que ela contou o fato sem nenhuma expressão, parecia que não estava incluída na história que narrava. Era como se o modo dela falar pudesse apagar os efeitos do que dizia. Sônia paralisava e silenciava diante de questões importantes para ela, foi assim também quando contou do pai de Nélio. Parece que o “enrustido” que a mãe procura na criança, aparece nestes lugares, parecia haver uma questão “enrustida” na história de Nélio.

No final da sessão, a mãe me pergunta quem é seu filho: “Onde você acha que ele esconde? Qual que é o Juninho? Se de repente ele mostra uma pessoa e é outra aqui. Se ele tem reclamação...” (sic). A mãe tinha a ilusão de que Nélio ia me contar alguma coisa que ela não sabia, que eu tinha “táticas” (sic) para descobrir o que ela não poderia ver. Importante, que em nenhum momento, a mãe mencionou a fala da criança, a não ser, a partir das questões que eu mesma coloquei. A cada momento ficava mais forte a impressão de que o que interrogava a mãe não era uma questão sobre a fala de seu filho, mas sobre o fato dele ser “enrustido” o que levava a pensar que ela deveria direcionar esta questão para outra clínica.

Na sessão seguinte a entrevista, Nélio não queria ir à terapia, mas acabou comparecendo. Questionei se ele gostaria de saber o que conversei com sua mãe e ele disse que não.

T: E você? O que você tem pra contar de novo?

N: Sei lá! Nada! // só sei que quero ir embora da::qui::! (na brincadeira)

T: Cê qué embora daqui?

N: Não, é daqui (aponta para os brinquedos)

Perguntei porque não queria vir à sessão, e ele disse que fica “cansado” e por fim, colocou o pedido de sua mãe:

N: Ah! Por que não pode ser lá em casa?

T: Por que você quer na sua casa?

N: Porque sim. (pausa) Não sei, mas eu prefiro lá. [...] Minha mãe falou, se você pudesse dar aula em casa.

T: Ah! Sua mãe que perguntou então?

N: É ela pe pe::rguntou se você vinha dá:: aula na minha casa.

T: É então. Eu expliquei pra ela que num dava e ela concordou em você vir pra cá.

[...] N: Quem quiser entrar na minha casa morre. O segurança não deixa (na brincadeira).

Nélio respondeu as minhas questões, mas, a princípio, não conseguiu dizer por que gostaria que o atendimento fosse realizado em sua casa, depois atribuiu seu desejo a uma fala de sua mãe. Chama atenção o efeito que a fala da mãe produziu na criança, que acabou por colocar o atendimento em risco.

Nélio não compareceu nas sessões posteriores, através de um contato telefônico, ele disse que não iria mais a terapia, pois sua mãe decidiu que seria melhor ele fazer aulas de canto para melhorar a gagueira. Após este episódio, Sônia entrou em contato comigo e se surpreendeu com o que Nélio havia dito. A mãe disse que ele mentiu para não ir ao atendimento, pois ela apenas havia comentado que viu na televisão, um cantor que parou de gaguejar depois de fazer aulas de canto. Decidi marcar uma entrevista com a mãe e a criança para movimentar tais questões. Primeiro, conversei com Nélio e depois a mãe foi incluída. Questionei por que ele não queria mais ir ao atendimento, ele respondeu:

N: Porque minha mãe achou melhor eu fazer aula de canto. E depois, aqui cansa!

[...] T: Por que você quer fazer canto?

N: Porque minha mãe qué.

Nélio colocou a mãe, mas em seguida também falou de sua vontade em fazer aulas de robótica na escola, no horário do atendimento. Achei importante colocar em cena a relação da criança com sua fala:

T: Você não quer melhorar?

N: Minha mãe falou / quia quia quia:: // aula de canto não melhora?

[...]

N: Eu ainda gaguejo...

T: Gagueja um pouquinho ainda?

N: Quase nunca!

T: Melhorou já então?

N: Só tem um tiquinho assim ó que eu gaguejo.

T: E esse tiquinho aí?

N: Não dá pra olhar!

T: Mas dá pra escutar. (pausa) Realmente, vendo não dá pra perceber que você gagueja, mas ouvindo...

N: Percebe? Eu num tô. Eu gague::jei agora?

A criança interrogou sua própria fala, se ainda gaguejava, e, portanto, se ainda precisava do atendimento. Nélcio fez uma proposta: uma vez por semana iria à terapia e uma vez na aula de robótica. Quando pedimos para a mãe entrar na sala, ela disse que o atendimento fonoaudiológico era importante para o filho e que ele continuaria o tratamento, e Nélcio a chama de mentirosa. A entrevista girou em torno desta questão, se a criança continuaria ou não o atendimento. Por fim, a mãe pediu que ele fosse atendido pelo menos uma vez por semana, ele aceitou, mas disse que a mãe ia gastar muito dinheiro. Nélcio continuou a ser atendido até entrar em férias, depois disso ele não retornou.

Este caso chamou atenção, pois a fala da mãe afetava diretamente as atitudes da criança e acabou por determinar a interrupção do atendimento. Note-se que o atendimento descarrila após entrevistas com a mãe e após falas da mãe para Nélcio sobre o atendimento e sobre sua fala. Nem criança, nem mãe notam os efeitos que essas falas provocam.

Questionei, ao longo do processo, se a demanda era direcionada para a clínica de linguagem, pois a fala da mãe oscilava entre um sofrimento perante a fala do filho e um apagamento desse sofrimento, além do mais, ele possuía “anticorpos” para lidar com seu sintoma. Seria a fala da criança que fazia mãe e filho sofrerem? Na queixa da mãe aparece à gagueira como encobridora de uma “coisa enrustida”, acredito que a demanda dela incidia aí, no que estava “escondido” na sua relação com a criança. É certo que tanto na fala da mãe como nas sessões com a criança, insistia um não-dito sobre o pai.

Parece que havia questões relativas à relação mãe-criança que precisavam ser escutadas de outro lugar. No entanto, o tratamento foi interrompido antes que qualquer movimento pudesse ter sido feito para um possível encaminhamento. Apesar de ser convocada para tratar da fala de seu filho, havia questões que ultrapassavam esta clínica, o que impediu a continuidade do atendimento. Não é a presença do sintoma na fala que decide a permanência na clínica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, procurei movimentar questões relativas às entrevistas com pais na clínica de linguagem com crianças, tema que envolve uma complexidade no que diz respeito à especificidade da escuta para a fala dos pais. Apresentei o “estado da arte”, o modo como as entrevistas são realizadas no campo da Fonoaudiologia, meu objetivo foi apreender a função de tal procedimento nesta clínica. Realizei um levantamento bibliográfico em que pude constatar a escassez de trabalhos que tocam este tema. Apesar disso, muito já foi discutido sobre a escolha do procedimento: anamnese ou entrevista. As anamneses já foram muito criticadas no campo da Fonoaudiologia, no entanto, ela ainda é muito utilizada por fonoaudiólogos. Pode-se dizer que a anamnese é uma “herança” da clínica médica, resultado de uma aproximação utilitária com este campo, que ainda produz ecos, mesmo para os fonoaudiólogos que deixaram de utilizá-la. O lugar da anamnese, em muitos casos, foi ocupado por outros procedimentos, mas o que está por trás do novo fazer continua o mesmo.

Nos trabalhos encontrados, poucos pesquisadores utilizam o termo “entrevista”, por isso, procurei apreender o lugar que os pais ocupam no processo terapêutico. São diversos os termos utilizados para caracterizar o trabalho com pais: “orientação”, “espaço” “grupos”, “encontro”, “trabalho”, termos que se aproximam do senso comum. Essa dificuldade de nomear o trabalho com pais é efeito da heterogeneidade de concepções teóricas que dirige o clínico na intervenção com os pais.

A história da Fonoaudiologia foi marcada, também, pela aproximação à Psicologia e, também, à Psicanálise. Pude notar que o efeito desses encontros não levou ao estabelecimento de

uma relação produtiva, mas ficou preso às armadilhas da interdisciplinaridade, como afirmou Landi (2000) ao discutir este tema, “[com a interdisciplinaridade] tem-se uma colcha de retalhos, uma ilusão explicativa, que não articula os pedaços ‘recortados’ e ‘colados’ e não atinge a totalidade visada”.

Não surpreende que apesar das várias aproximações efetuadas, o fazer do fonoaudiólogo tenha continuado o mesmo. Após a entrevista, o fonoaudiólogo observa os pais e a criança, num segundo momento, convoca os pais para realizar uma série de orientações. O que mudou com as aproximações a outros campos foi o discurso do fonoaudiólogo, que passou a utilizar conceitos “emprestados” para explicar sua atuação. Como disse, o fazer manteve-se, mas agora com nova “roupagem”. A princípio, o fonoaudiólogo convocava os pais pra ensinar a falar com a criança, depois, para ensiná-los a interagir com a criança e agora também para ensiná-los a se relacionar com a criança²².

Pude, então, constatar que o lugar dos pais não parece estar circunscrito no campo da Fonoaudiologia. O fonoaudiólogo acaba por encobrir a especificidade de sua intervenção com os pais, com o discurso de outros campos, sem dúvida, a entrevista é o lugar que escancara o hibridismo que marca a história da Fonoaudiologia. Ao me deparar com isso, questioneei se a tentativa do fonoaudiólogo encobrir a falta, com discursos de outro campo não estaria indicando um limite da escuta do fonoaudiólogo para a fala dos pais. É preciso o estabelecimento de uma relação de alteridade a outro campo para que se possa levantar questões que possibilitem uma teorização específica à clínica de linguagem, como já assinalaram Arantes (2001, entre outros), Lier-DeVitto (1995, entre outros) e Landi (2000), e para barrar a aplicação de conceitos e procedimentos.

²² Agradeço as pontuações da Profa. Dra. Suzana Carielo da Fonseca no exame de qualificação.

O campo que escolhi para realizar tal aproximação foi a Psicanálise, escolha afetada pela teorização do grupo de pesquisas **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**, do qual faço parte. Acredito que o modo de realizar as entrevistas e a articulação entre teoria e prática é exemplar, com isso, vi neste um campo um lugar em que poderia levantar questões para a clínica de linguagem. Além disso, embora na Psicanálise o atendimento de crianças esteja estabelecido há anos, ainda há questões que envolvem a complexidade da presença dos pais, que servem para interrogar a clínica de linguagem. Procurei estabelecer distinções entre as duas clínicas, busquei o limite desta aproximação, me afastando da relação que o campo da Fonoaudiologia mantém com a Psicanálise atualmente.

Comecei a discussão com a obra de Freud (op.cit.), fundador da Psicanálise, e pude notar que a discussão sobre os alicerces da Psicanálise serve também a clínica de linguagem com crianças, uma vez que o pagamento e a assiduidade dizem do engajamento dos pais com o tratamento. É na entrevista que tais elementos devem ser consolidados para sustentar o processo. Com Quinet (op.cit.), ficou claro que as funções sintomal, transferencial e diagnóstica, guardada a especificidades dos campos, também estão em pauta nas entrevistas na clínica de linguagem. Tais funções, que são imbricadas, estão afetadas e são lugares de impasses na clínica psicanalítica com crianças, uma vez que nesta a transferência é atravessada pelos pais. Impasses semelhantes aos da clínica de linguagem com crianças, em que, como procurei mostrar é preciso um manejo dos pais para garantir a entrada e a permanência da criança na clínica, uma vez que são eles quem enunciam a queixa e levam a criança para a terapia, isto é, são os pais que sustentam (ou não) o tratamento.

Assim, é a transferência dos pais que está em jogo, o clínico precisa lidar com seus efeitos para que o atendimento não seja interrompido. No entanto, o clínico de linguagem não interpreta

a transferência, mas fica sob efeito dela nas entrevistas. O pedido de ajuda feito ao fonoaudiólogo não é o mesmo daquele feito ao analista, portanto, a escuta/interpretação é de outra natureza.

Aprofundi a discussão relativa à clínica com crianças, com o trabalho de Mannoni, em que pude apreender distinções no que diz respeito à clínica de linguagem. A concepção de sintoma da pesquisadora é determinante da presença dos pais na análise da criança, uma vez que ela entende que eles fazem parte da constituição do sintoma do filho. Por isso, as entrevistas têm função diagnóstica e, portanto, esclarece a direção do tratamento. Diferença importante em relação à clínica de linguagem, em que as entrevistas não têm a mesma função, e, portanto, a delimitação do sintoma e a direção do tratamento não é estabelecida a partir da fala dos pais. Apenas no encontro com a criança é que a função diagnóstica se estabelece de fato. Trata-se da distinção fundamental entre a clínica de linguagem com adultos- em que entrevista e a avaliação fazem parte do mesmo procedimento-, e com crianças.

Finalmente, discuti no último capítulo as entrevistas com pais de pacientes que atendi. Nele, pude movimentar as questões centrais colocadas nesta dissertação. É a entrevista com pais que inaugura a clínica, momento em que a queixa é enunciada, mais do que isso, é a primeira vez que os pais contam a história de seu filho ao clínico, isto é, dizem quem é a criança para eles. Importa, neste momento, o modo como os pais contam a história da criança e como a articulam com seu sintoma. A partir disso, o clínico de linguagem poderá produzir um primeiro texto sobre a queixa dos pais e interrogar se estariam eles implicados em movimentar o sintoma da criança. Há um manejo a ser feito com os pais desde a entrada na clínica, como já dito, pois são eles que sustentam o tratamento.

No entanto, como vimos, a presença dos pais ultrapassa esse momento, ao longo do processo podem surgir obstáculos que colocam o atendimento da criança em risco. Para que o atendimento não seja interrompido, se faz necessário operar deslocamentos na posição dos pais

frente à criança e seu sintoma. Portanto, há manejos a serem feitos com os pais, também, para a permanência da criança no atendimento.

Sobre a escuta para a fala dos pais, pode-se dizer que esta se diferencia da escuta para a fala da criança e, também, da escuta de um psicanalista. Quando digo que a escuta dos pais é para a densidade significativa da fala, marco uma distinção com os trabalhos da Fonoaudiologia, em que se busca na fala dos pais um sentido para o sintoma, algo que justifique a fala patológica. No entanto, tal afirmação não se restringe a isso, quero dizer que o clínico fica sob efeito do modo como a fala dos pais é articulada. Há diversos modos dessa fala tocar o clínico: entonação, pausas, silêncio, os significantes que insistem ao longo do tempo, ou o modo singular de articulação entre eles. No caso de Eduardo, foi o tom hostil do pai ao falar dos profissionais o aspecto que mais me chamou atenção, no de Nélio o silêncio da mãe diante de temas que a tocavam e no de Caio a presença da fala de outros profissionais no discurso da mãe.

Menos que o conteúdo dos fatos narrados, foi o modo como os pais contaram a história da criança que mais me tocou nas entrevistas. No caso de Caio, por exemplo, a mãe contava a história de Caio, a partir de fatos que marcaram sua própria história, que apareciam sempre articulados ao sintoma da criança. No caso de Nélio, foram as marcas na história da relação mãe-criança que ultrapassavam a manifestação sintomática na fala e que me fizeram perceber que não havia uma questão direcionada à clínica de linguagem.

A escuta do clínico de linguagem no momento da entrevista, não é a mesma que o convoca diante da fala da criança, mesmo que ambas estejam voltadas para a densidade significativa, pois na fala da criança o que está em questão é a tentativa de circunscrever o que lhe confere o efeito de patologia. O escuta do clínico é então afetada pelos “desarranjos” da fala da criança, isto é, para o que exprime a “prisão do sujeito numa falta ou falha e o impede de passar a outra coisa” (Allouch, 1999, *apud* Lier-De Vitto & Arantes, 1998). Como assinala Lier-DeVitto

(2005), o clínico de linguagem fica sob efeito do “desacerto que resiste à mudança” (idem, ibidem, p. 145), que responde pelo enlaçamento singular da fala de um sujeito à língua e ao outro. Manifestações que convocam o clínico a assumir outra posição, diferente daquela assumida frente à fala dos pais.

Pode-se dizer que a interpretação para a fala dos pais, assim como para a fala da criança, ocorre em dois momentos: “em cena” e “fora da cena”. Em cena, a fala dos pais afeta a escuta do clínico e vice-versa, assim a entrevista caminha. Os efeitos provocados no clínico pela fala dos pais ultrapassam o instante clínico das entrevistas e o afetam no encontro com a criança. Foi o que pude mostrar com Eduardo, em que afetada pela fala dos pais, não pude apreender o que causava estranhamento na fala da criança, fiquei surpresa com o descompasso do que escutei dos pais e a criança que encontrei.

É “fora da cena”, sob os efeitos do dito na entrevista e do encontro com a criança, que o clínico pode fazer outra leitura da fala dos pais. É deste lugar que o clínico toma decisões relativamente ao modo de lidar com os pais, ele decide sobre a convocação para uma nova entrevista seja para interrogá-los, seja para escutá-los um pouco mais. Digo isso, pois muitas vezes o clínico não apreende o que afeta a sua escuta, há apenas um incômodo que não pode ser nomeado, e que será desdobrado, conforme o andamento do caso em uma leitura retroativa. Assinalo, que muito do que pude ler nos casos apresentados, foi a partir daquilo que retornava da fala dos pais sem motivação aparente, tanto em sessões com a criança, ou mesmo nos momentos em que refletia sobre o caso. Nestes movimentos pude apreender os lugares que minha fala havia afetado os pais e vice-versa, ou seja, o movimento das entrevistas. Cabe ressaltar, ainda, que muitas vezes as entrevistas com pais não tem a mesma importância na condução do tratamento, como ocorreu nos atendimentos que relatei. Certamente, nos casos que a presença dos pais é menos constante as condições para o estabelecimento da clínica estão assentadas desde o

princípio. Os casos que elegi, foram exatamente aqueles que interrogaram os limites da clínica de linguagem, ou as situações que um impasse foi configurado pela presença dos pais no atendimento da criança.

Acredito que agora posso responder à questão colocada na introdução: haveria um corte entre as entrevistas e o processo terapêutico, isto é seriam eles procedimentos distintos? Minha resposta após este percurso é negativa, pois pude observar que há um jogo entre os efeitos da fala dos pais na leitura da fala da criança e os efeitos da fala da criança na determinação das decisões do clínico na lida com os pais. É certo que, como disse, trata-se de escutas de natureza distintas, mas não de procedimentos desarticulados. Como afirmou Catrini (op.cit., p.14), “as entrevistas e avaliação entrelaçam-se na constituição da escuta do clínico de linguagem”, é esse entrelaçamento que permite ao clínico provocar mudanças na posição dos pais frente à criança e seu sintoma.

No tempo do diagnóstico o clínico escuta/ interpreta a fala da criança e dos pais, decide se ela deve entrar em atendimento. A partir dessa decisão, o clínico assume uma posição frente os pais e conduz as entrevistas. A convicção que determina os gestos do clínico não são pautados na noção de verdade, mas sim em uma interpretação do clínico²³. Assim, a partir da sua convicção sobre a fala da criança, o clínico retorna aos pais, e é o “descompasso” entre o que o clínico escuta e o que os pais observam que permite os desdobramentos das entrevistas.

As decisões que tomei no caso de Eduardo frente aos pais foram efeito da fala da criança: primeiro, a defasagem entre os efeitos da fala dos pais e da fala da criança. Posteriormente, as mudanças na fala da criança que não condiziam com a o distanciamento dos pais. O mesmo pode ser dito ao caso de Caio, foi a partir de minha interpretação para as produções da criança, que

²³ Agradeço as pontuações da Profa. Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto no exame de qualificação.

parecem ter afetado a relação de Marlene para a fala do filho. Assim, nos dois casos, os pais se posicionaram de outra forma frente à criança e seu sintoma.

Muito do que pude escutar na fala dos pais foi efeito da aproximação à Psicanálise, tanto como analisante, como a partir dos conceitos teóricos deste campo, entre os quais destaco, especialmente, o conceito de transferência. A discussão sobre a transferência foi determinante na condução dos casos. No caso de Eduardo, a relação transferencial permitiu que os pais não abandonassem o tratamento, já nos casos de Caio e Nélio, foi determinante para a interrupção dos atendimentos²⁴.

No caso de Eduardo, a transferência com os pais foi, de fato, estabelecida em momento posterior, no entanto, o laço criado com a criança pôde sustentar o tratamento por um período. Note-se que apesar de não impedir mudanças na fala da criança, o tratamento seria interrompido se não houvesse um deslocamento dos pais, se o laço transferencial não pudesse ser estabelecido. Pude perceber que o atendimento estava em risco, pois estava afetada pelo conceito de “transferência”: quando fui colocada na seqüência de profissionais desqualificados, vi que não havia um saber suposto a mim, naquele momento.

O caso de Nélio, diferente dos outros em que havia algo peculiar no comportamento da criança que desviava a atenção dos pais, o sintoma se presentificava e era visível apenas na superfície da fala. Sintoma que chegou rotulado como “gagueira”. No entanto, a questão da relação mãe-criança ultrapassava a dificuldade de fala, o “rótulo” levou à procura pela clínica de linguagem, mas não foi suficiente para sustentar sua permanência. A partir do atendimento deste caso, ficou claro para mim que não basta a presença do sintoma na linguagem para que a clínica seja instituída. Como afirmou Catrini (op.cit., p.15) “‘a porta da clínica não deve ser aberta de imediato’ pela certeza de que se está frente a uma ‘patologia de linguagem’”.

²⁴ Agradeço a Profa. Dra. Sônia Araújo as pontuações realizadas em meu exame de qualificação.

Para finalizar, cabe esclarecer que em meu projeto inicial tinha como objetivo discutir a relação entre as entrevistas e a direção do tratamento, entretanto, observei a partir da leitura do texto de Lacan (1998), *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*, que se tratava de uma questão mais complexa do que supus originalmente. Esclareço. Segundo Lacan (1998, p.592), o analista é, certamente, quem dirige o tratamento, mas não o paciente. A direção do tratamento, esclarece o autor, consiste “em primeiro lugar fazer com que o sujeito aplique a regra analítica [...], isto é, as diretrizes cuja presença não se pode desconhecer como princípio do que é chamado ‘a situação analítica’ ...”. Trata-se de uma situação complexa, pois envolve a transmissão de uma diretriz que não pode ser formulada em uma “comunicação unívoca”. Em seguida Lacan assinala que a direção do tratamento envolve: política, estratégia e tática, ele afirma que “o analista é menos livre em sua estratégia que em sua tática [...] e é ainda menos livre naquilo que domina a estratégia e a tática, ou seja, em sua política” (p 596). Na discussão empreendida pelo autor percebi que direção do tratamento não é um termo transparente, mas que exige um compromisso com a teoria que sustenta um campo. É certo que a clínica de linguagem deve pensar o que seria para este campo, estratégia, tática e política, passo que me parece fundamental para que se possa abordar a direção do tratamento.

Esta me parece uma condição necessária para pensarmos a articulação das instâncias clínicas, ora se a direção do tratamento está relacionada, de início, ao estabelecimento das condições que determinam as diretrizes da clínica e é nas entrevistas iniciais que estas se configuram, certamente, estabelecer a política, a estratégia e a tática na clínica de linguagem nos permitiria desdobrar questões relativas ao encaminhamento das entrevistas iniciais, que foram abordadas tangencialmente nesta dissertação. Entretanto, trata-se de um passo mais ambicioso e incompatível com a abrangência de uma dissertação de mestrado. Assim, termino este trabalho

com o desejo de prosseguir no sentido de entender o alcance das palavras de Lacan e, em trabalho posterior, colocar em discussão o sentido da “direção do tratamento” para a clínica de linguagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. **Ouvir e Escutar na Constituição da Clínica de Linguagem**. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

_____. Procedimentos de avaliação de linguagem na clínica fonoaudiológica: entre o singular e o universal. In: LIER-DE VITTO, M.F.; ARANTES, L. (Org.) **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC, 2006, p.349-359.

ARANTES, L. **Diagnóstico e Clínica de Linguagem**. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

BENINE, R. "Omideio!" - o que é isto?: questões e reflexões sobre dislalias, distúrbios articulatórios funcionais e desvios fonológicos. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

BOSCOLO, C.C.; SANTOS, T.M.M. A deficiência auditiva e a família: sentimentos e expectativas de um grupo de pais de crianças com deficiência da audição. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.17, n.1, p.69-75, abril 2005.

CATRINI, M. **A marca do caso: Singularidade e Clínica de Linguagem**. Dissertação (Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

CLAVREUL, J. A ordem médica. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.

DE LEMOS, C.T.G. (1982) Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original. **Boletim da Abralin**, Recife: Editora da Universidade Estadual de Pernambuco, v. 3, p.97-126, 1982.

_____. Das Vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. **Cadernos de estudos lingüísticos**, Campinas, n. 42, p.41-69, jan./jun.2002.

FARIA, V.O. **Distúrbio articulatório: um pretexto para refletir sobre a disjunção teoria e prática na clínica de linguagem.** 2004. 161 f. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

FONSECA, S.C. **Afasia: a fala em sofrimento.** Dissertação (Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

FONSECA, S. C. **O afásico na clínica de Linguagem.** Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

_____. O estatuto da entrevista no processo diagnóstico da afasia. In: LIER-DE VITTO, M.F.; ARANTES, L. (Org.) **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem.** São Paulo: EDUC, 2006, p.331-340.

_____; VORCARO, A. O atendimento fonoaudiólogo e psicanalítico de um sujeito afásico. In: ARANTES, L.; LIER-DE VITTO, M.F. (orgs.). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem.** São Paulo: EDUC, 2006, p.413-441.

FREUD, S. **Sobre o início do tratamento.** Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro: Imago, 1913. vol.XII. p. 163-190.

FUDISSAKU, F. **Sobre as entrevistas: o fonoaudiólogo e a escuta para a fala dos pais.** Iniciação Científica – Faculdade de Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

GRIMBERG, A.B.R. **Da memória ao extra-mnêmico: um estudo psicanalítico.** Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 1996.

GUILERAUT, G. Mito. In: KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud a Lacan.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, p.124-125.

IETO, V. **Demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: Era uma vez a queixa...** Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

LACAN, J. **Os escritos técnicos de Freud, O seminário, livro 1.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

_____ **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LANDI, R **Sob efeito da afasia: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações.** Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

LEITE, N.V.A. Escrita e transmissão da experiência. In: MARIANI, B. **A escrita e os escritos: reflexões em análise do discurso e em psicanálise.** São Carlos: Claraluz, 2006, p.175-184.

LEMES; J.M.P.; LEMES, V.A.M.P.; GOLDFELD, M. Desenvolvimento da linguagem infantil e relação mãe/filho na brincadeira simbólica: a importância da orientação fonoaudiológica. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.18, n.1, p.85-94, abril 2006.

LIER-DE VITTO, M.F. Novas contribuições da Linguística a Fonoaudiologia. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.7, n.2, p.163- 172, 1995.

_____ Falas sintomáticas: *fora de tempo, fora de lugar.* **Cadernos de Estudos Lingüísticos**, Campinas. v. 1-2, n. 47. p.143-150, 2005.

LIER-DE VITTO, M.F.; ARANTES, L. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v.33, n.2, 1998.

MARCHESAN, I.Q. Avaliando e tratando o sistema estomatognático. In: FILHO, O.L. (et.al) (org) **Tratado de Fonoaudiologia.** São Paulo: Roca, 1997, 763-780.

MANNONI, M. **A primeira entrevista em psicanálise.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

MILLAN, B. **A Clínica Fonoaudiológica: análise de um universo clínico.** São Paulo: EDUC, 1993.

MORET et al. Curso para pais de crianças deficientes auditivas: estudo do conhecimento dos pais em um módulo intermediário. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.19, n.1, p.25- 37, abril 2007.

NAGY, D.G.; PASSOS, M.C. Intervenção junto a mães de crianças com múltiplas deficiências. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.19, n.1, p.09- 23, abril 2007.

OLGIVIE, B. Lacan: a formação do conceito de sujeito. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

PENTEADO et al. Grupalidade e família na clínica fonoaudiológica:deixando emergir a subjetividade. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.17, n.2, p.161-171, ago.2005.

QUINET, A. **As 4+1 Condições da Análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

RANGEL, S.R.D. **A escuta dos pais na clínica fonoaudiológica**. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

RUBINO, R. Entre ver e ler: o olhar do fonoaudiólogo em questão. In: LIER-DE VITTO **Fonoaudiologia: no sentido da linguagem**. São Paulo: Cortez, 1997, p.69-90.

TASSINARI, M. I. **Relação Terapêutica na Clínica de Linguagem: o país de Alice nas vizinhanças da clínica psicanalítica**. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

VORCARO, A.M.R. Compreender ou estranhar: incidências no psicodiagnóstico. In: Ancona-Lopez, M. (Org) **Psicodiagnóstico: processo de intervenção**. São Paulo: Cortez editora, 1995, p.51-64.

_____ **A criança na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

_____ **Crianças na Psicanálise: clínica, instituição, laço social**. São Paulo: Cia de Freud, 1999.

_____ A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. In: **Audição, voz e linguagem: a clínica e o sujeito**. São Paulo: Cortez, 2005, p.80-99.

ZAMPIERI, M.A.; CAMARGO, E.A.A. Encontros de pais de sujeitos com deficiência mental em uma clínica-escola de Fonoaudiologia. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.17, n.2, p.255-262, ago.2005.